

UNIVERSITATEA „TITU MAIORESCU”

Facultatea de Psihologie

Catedra de Psihoterapie

PSIHOPATOLOGIE PSIHANALITICA

CURS ID ANUL III

Lector dr. Brîndușa Orășanu

Cuprins

PRIMA PARTE.

NOȚIUNI INTRODUCTIVE

1.NARCISISM ȘI RELAȚIE DE OBIECT

- 1.1. Teoria freudiana despre narcisism**
- 1.2. Narcisismul în teoria kleiniană**
- 1.3. Relația narcisică**

2. LUMEA INTERNA

- 2.1. Obiectul intern**
- 2.2. Fantasma**
- 2.3. Fantasmă și proces**
- 2.4. Obiectiv și subiectiv în psihanaliză**

3. MECANISMUL DE PROIECȚIE

- 3.1. Proiecția în viziunea lui S. Freud**
- 3.2. Poziția schizo-paranoidă**

Referințe bibliografice

PARTEA A DOUA

CATEGORII PSIHANALITICE ÎN PSIROPATOLOGIE

Introducere

1. NEVROZA

- 1.1. Simptomul și conflictul nevrotic**
- 1.2. Complexul Oedip**
- 1.3. Nevroza în teoria kleiniană**
- 1.4. Teoria dezvoltării în psihanaliză**
- 1.5. Punctul de vedere genetic**
- 1.6. Efect retroactiv**
- 1.7. Obiectul, între pulsione și realitate**

2.FORME ALE NEVROZEI

2.1. Nevroza isterică

2.1.1. Aspecte teoretice

2.1.2. Identificarea isterică

2.1.3. Cura psihanalitică în nevroza isterică

2.2. Nevroza fobică

2.3. Nevroza obsesională

2.4. Nevrozele și tratamentul psihanalitic

Referințe bibliografice

3. PSIHOZA

3.1. Teoria freudiană asupra psihozelor

3.2. Teorii postfreudiene despre psihoză

3.2.1. Perspectiva kleiniană

3.2.2. Psihoza în viziunea lui W. Bion

3.2.3. Teorii centrate pe discontinuitatea dintre nevroză și psihoză

3.2.5. Anturajul real din istoria subiectului

3.2.4. Concepția lacaniană

3.2.6. Depresia

3.2.7. Abordarea psihozei în clinica psihanalitică

3.2.8. Halucinația acustico-verbală

Referințe bibliografice

4. STĂRILE LIMITA

(ORGANIZAREA LIMITA)

4.1. Perspectiva curentului psihanalizei franceze

4.2. Viziunea lui H. Searles

4.3. Teoria lui D. Winnicott

4.4. O. Kernberg și organizarea limită

4.5. Stările limită și practica psihanalitică

4.5.1. Cadrul analitic.

4.5.2. Transferul

4.5.3. Interpretarea

4.5.4. Contratransferul

4.5.5. Specificitatea abordării terapeutice

Referințe bibliografice

5. PERVERSIUNEA

5.1. Homosexualitatea

5.2. Fetișismul

5.3. Sadomasochismul

5.4. Legea simbolică și realitatea

5.5. Perversiunea narcisică

5.6. Cura psihanalitică și perversiunea

Referințe bibliografice

PRIMA PARTE. NOȚIUNI INTRODUCTIVE

1.NARCISISM ȘI RELAȚIE DE OBIECT

1.1. Teoria freudiana despre narcisism

Freud a împrumutat termenul de „narcisism” de la medicul englez Havelock Ellis, care studia și el tulburările sexuale. Individul narcisic este profund interesat de propria sa persoană ; Freud era de părere că schizofrenul, cufundat în lumea sa bătută de voci, halucinații și deliruri, merita a fi calificat drept „narcisic”. Freud însă a explicat acest aspect în termenii teoriei lui.

El a detectat mai multe laturi ale narcisismului. În *Pentru a introduce narcisismul* (1914), întrebându-se care este destinul libidoului în schizofrenie, el remarcă :

„Libidoul sustras din lumea exterioară a fost direcționat spre eu, în așa fel încât a luat naștere un comportament care poate fi numit narcisism [și care] este extinderea și clarificarea unei stări care existase deja înainte. Suntem, așadar, îndemnați să înțelegem narcisismul ce ia naștere prin înglobarea investițiilor unui obiect drept un narcisism secundar, care se edifică pe unul primar [...]”¹. Mai încolo, în același text, el vorbește despre alegerea obiectului iubirii în funcție de tipul narcisic :

„Omul iubește: [...]”

- a) Ceea ce este (el însuși),
- b) Ceea ce el însuși a fost,
- c) Ceea ce ar dori să fie,
- d) Persoana care a fost o parte din el însuși”².

Așadar, Freud distingea un narcisism primar (asupra căruia a oferit versiuni contradictorii³), un narcisism secundar și o alegere de obiect narcisică.

¹ S. Freud (1914), “Pentru a introduce narcisismul”, în *O 3*, Ed. Trei, București, 2000, p. 36.

² *Ibid.*, p. 47.

În perioada în care a scris articolul despre narcisism, Freud încerca să-și consolideze concepția asupra eului și, pe de altă parte, să păstreze noțiunea de libido, la care Jung renunțase încet-încet, provocând o polemică între el și fostul său mentor. În 1909, Freud îi scria deja lui Jung, exprimându-și temerile cu privire la abandonarea acestui concept – care îi permisesese întotdeauna să gândească prin intermediul metaforei economice sau bancare, însoțită de conceptul de investiție : „[...] sunteți în pericolul [...] de a neglija libidoul, pe care eu l-am pus la loc de cinste”⁴. Trei ani mai târziu, Jung nu mai accepta rolul sexualității în psihoze, iar în 1914, Freud își reafirmă viguros intenția de a arăta că teoria sa despre libido se poate aplica și la cunoașterea psihozei (maladie ce-l mirase și îl determinase să o numească „nevroză narcisică”), validându-și încă o dată teoria sa asupra nevrozelor : „Pot [...] doar să-i repet că eu n-am enunțat vreo astfel de renunțare la teoria libidoului”⁵.

Freud încerca deci o unificare prin care să anexeze eul la concepția lărgită despre sexualitate și, din acest moment al evoluției gândirii lui, modelul său teoretic asupra aparatului psihic va include mereu noțiunea de libido. Dar complexitatea propriei sale gândiri din eseu despre narcisism îi dă un „disconfort evident” privind raportul dintre, pe de o parte, un libido al eului și un libido de obiect, iar pe de altă parte, un libido sexual și pulsunile eului :

„[...] dacă recunoaștem că Eul are o investiție primară cu libido, de ce mai este necesar să separăm un libido sexual de o energie nesexuală a pulsuniilor Eului? Fundamentarea printr-o energie psihică unitară nu ne-ar scuti, oare, de toate dificultățile create de separarea între o energie a pulsunii Eului și un libido al Eului, între un libido al Eului și un libido obiectal?”⁶.

Mai încolo în text, Freud încearcă să explice această distincție conceptuală între libido (sexual) și pulsunile eului – diferență ce corespunde celei dintre foame și iubire –

³ Sub denumirea de narcisism primar absolut, Freud desemnează reducerea tensiunilor la nivelul zero, al cărei agent este principiul Nirvana.

⁴ S. Freud, C. G. Jung, scrisoare din 19 decembrie 1909, în *Correspondance*, t. 1, Gallimard, Paris, 1975, p. 362.

⁵ S. Freud, *Pentru a introduce narcisismul*, în op. cit., p. 40.

⁶ *Ibid.*, p. 37.

prin considerații biologice : cum individul duce o dublă existență, una pentru el însuși și una pentru specie, putem păstra în teorie ambele registre energetice, unul sexual și unul nesexual. J. Laplanche clarifică această distincție : în toată opera freudiană până în anii '20, pulsunile eului desemnează marile funcții vitale, al căror scop este autoconservarea. Ca pulsuni nesexuale, ele se opun constant pulsunii sexuale. Pe de altă parte, libidoul eului se situează la celălalt capăt al dualismului, desemnând o investire sexuală a obiectului-eu, în opoziție cu libidoul de obiect, în cazul căruia sexualitatea este investită în exterior.

În lucrarea sa centrală asupra narcisismului, Freud avansează în teoria lui despre evoluția libidoului. Pe de o parte, narcisismul nu mai este doar o etapă a dezvoltării, ci capătă o definiție *structurală* ; el apare ca o stare de „stază a libidoului” pe care nici o investire de obiect nu o poate depăși complet. Pe de altă parte, posibilitatea eului de a investi în el însuși sau în obiect libidoul, al cărui rezervor este, ca și posibilitatea de a alege un obiect după propria sa imagine, ne îndepărtează de modelul pur pulsional al alegerii de obiect și modifică relația sa cu lumea exterioară. Acest text ne trimite, deasemeni, la începutul dezvoltării eului și al auto-investirii imaginii sale, la momentul fondator când el se recunoaște pe sine. Momentul fondator este cel al trecerii de la autoerotism la narcisism:

„[...] este necesar să admitem că la individ nu există de la început o unitate asemănătoare Eului; Eul trebuie să se dezvolte. Pulsunile autoerotice sunt însă primordiale; trebuie, așadar, ca ceva, o nouă acțiune psihică, să se adauge autoerotismului, pentru a forma narcisismul”⁷.

În eseu freudian din 1914, libidoul narcisic vine să se opună libidoului de obiect, poziție teoretică intermediară între un moment când Freud opune ca forțe în conflict autoconservarea și sexualitatea și un alt moment, după 1920, când se confruntă pulsunea de viață și pulsunea de moarte. În această lucrare, Freud analizează relațiile complexe dintre „atitudinea” narcisică, în care libidoul a fost retras și redirijat spre eu (libido al eului), și atitudinea în care persoanele și lucrurile exterioare fac parte din propriul câmp de interes (libido de obiect). Freud compară procesul prin care interesul pentru obiect poate fi

⁷ S. Freud, *op. cit.*, p. 37.

retras (și eventual, mai târziu, realocat) cu procesul prin care o amibă își întinde un fir de protoplasmă, un pseudopod, spre obiectele din mediul său, pentru a le testa, pentru a stabili dacă este vorba de un aliment etc., fir pe care îl poate retrage dacă își pierde interesul :

„Ne formăm astfel reprezentarea unei investiții libidinale primare a Eului, din care o parte se conferă mai târziu obiectelor, dar care în fond rămâne, și care se comportă față de investiția obiectală așa cum se comportă corpul unui animal protoplasmatic față de pseudopodele pe care le-a emis”⁸.

El vede retragerea și reorientarea libidoului ca pe o situație fluidă, care explică numeroase aspecte din psihologia normală sau din schizofrenie. De exemplu, a adormi implică o retragere a interesului față de lumea exterioară și o investiție în „unica dorință de a dormi” (și în vis). La fel, în cazul maladiei sau al durerii, există o retragere a libidoului spre eu sau spre organul particular care este bolnav (o durere de dinți devine singura experiență care contează pentru cel ce suferă, iar în timpul durerii, restul lumii nu mai prezintă nici un interes). Freud ajunge chiar să stabilească o formulă ce leagă libidoul de obiect și libidoul eului, într-o relație invers proporțională :

„În linii mari, noi vedem o opoziție între libidoul Eului și libidoul obiectal. Cu cât e utilizat mai mult unul, cu atât devine mai sărac celălalt”⁹.

Acest fel de „balanță energetică” va fi pusă la îndoială atât de alți psihanaliști, cât și de Freud însuși, atunci când va studia, trei ani mai târziu, fenomenul melancoliei :

„Conform analogiei cu doliul, trebuie să tragem concluzia că el a suferit o pierdere de obiecte ; din afirmațiile lui reiese o pierdere a Eului său”¹⁰.

La melancolic, Freud se confruntă deci cu o pierdere de obiect care este, în același timp, o pierdere de eu. Așadar ar exista două niveluri diferite ale raportului dintre libidoul

⁸ S. Freud, “Pentru a introduce narcisismul”, în *op. cit.*, p. 37.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ S. Freud (1917), “Doliu și melancolie”, în *O 3, op. cit.*, p. 152.

eului și libidoul de obiect. Care sunt ele? Un posibil răspuns poate fi găsit în comentariul lui Paul Federn asupra utilizării prea largi și prea imprecise a noțiunii de narcisism, ca și asupra tendinței de a fixa în termeni absoluți opoziții care nu au sens decât într-un context specific. Într-un articol despre distincția între narcisismul sănătos și narcisismul patologic, publicat în 1936, el spune următoarele :

„După cum am mai discutat, orice narcisism secundar are drept obiect eul sau ceea ce a fost încorporat de către eu. Aici, antiteza dintre libidoul de obiect și narcisism nu mai constă în raportarea la un obiect, ci în natura obiectului, în faptul dacă el face parte din lumea exterioară sau este o parte din eu ; devine imposibilă o distincție strictă – lucru în perfect acord cu fenomenul psihic real – dacă eul înglobează, în măsuri diferite, părți din lumea exterioară”¹¹.

Pe de o parte, libidoul eului are un obiect care este tocmai eul, pe de altă parte există o întrepătrundere eu-obiect caracteristică narcisismului, ceea ce face de nesușinut, pentru Federn, distincția strictă între libido al eului și libido de obiect. Dar dacă tratăm problema „en gros”, cum spune Freud, am putea accepta, credem, o distincție libido al eului/libido de obiect, în măsura în care este vorba de obiectul extern real.

Doliu și melancolie constituie o nouă schimbare de perspectivă pentru Freud, deoarece obiectul capătă aici un rol major în măsura în care este pierdut (în vreme ce, în teoria pulsionii, obiectul este contingent și ușor înlocuibil, deoarece pulsinea are un loc central ca presiune de origine biologică ce revendică din partea aparatului psihic descărcarea tensiunii pe care ea o produce).

Pentru a evita confuzii care să conducă la nediferențierea între obiectul extern și obiectul intern, René Diatkine crede că nu ar trebui să vorbim de obiect decât referitor la obiectul intern. Pentru el, conceptul de obiect desemnează ceea ce este *continuu* în fluctuațiile de investire și în succesiunea momentelor corespondente.

¹¹ P. Federn (1936), *La psychologie du moi et les psychoses*, op. cit., p. 337.

1.2. Narcisismul în teoria kleiniană

Începând cu 1925, Melanie Klein începe să afirme că nu există un narcisism primar și că autoerotismul și narcisismul sunt, la copil, contemporane cu primele relații de obiect. Observațiile asupra sugarilor, combinate cu munca sa clinică asupra copiilor și adulților au determinat-o să susțină că *primele experiențe pe care le are bebelușul, cea de alăptare și cea a prezenței mamei, reprezintă începutul relației sale de obiect cu ea*. Această relație este mai întâi o relație cu un obiect parțial, deoarece pulsuniile orale-libidinale și orale-distructive sunt dirijate, de la începutul vieții, spre sânul mamei.

Este vorba despre inferențe pornind de la comportamentul noului născut și pornind „de la o anumită simpatie față de el – o simpatie fondată pe un raport direct între înconștientul nostru și sân”¹². Vedem bine că Klein, când spune „mama”, se referă la un obiect „subiectiv” (după expresia winnicottiană), care poate fi sânul, chiar hrana, sau mai degrabă ceva ce corespunde cu ceea ce percepe observatorul ca fiind obiectul copilului :

„Relațiile bebelușului cu primul său obiect, mama, sunt legate de la început de relațiile sale cu hrana. Iată de ce studiul modelelor de atitudini fundamentale față de hrană pare să fie cea mai bună metodă de a înțelege sugarii. [...] La bebeluși, chiar din primele zile de viață, putem observa diferențe considerabile în atitudinea lor cu privire la supt, [iar unii] prezintă semne indubitabile de iubire și interes față de mama lor, într-o fază extrem de precoce – atitudine ce conține elemente esențiale ale unei relații de obiect”¹³.

După Melanie Klein, relația de obiect de la începutul vieții este compusă în esență din proiecții (poziția schizo-paranoidă). În timp ce pentru psihanalisti ca Fairbairn, Ferenczi sau Balint atitudinile patogene ale obiectului *real* sunt determinante pentru figura persecutorie a obiectului primar, pentru Klein lucrurile stau invers : relațiile de obiect nu se constituie în funcție de obiectele reale ; încă de la bun început există fantasme (innăscute), iar obiectele fantasmatică sunt proiectate asupra mamei; astfel, accentul este pus pe relația

¹² *Ibid.*

¹³ M. Klein (1952), “En observant le comportement des nourrissons”, în *Développements de la psychanalyse*, op. cit., p. 223-225.

de obiect fantasmatică și pe obiectul intern. Rolul obiectului extern este menționat doar în măsura în care el vine să limiteze și să modereze proiecțiile al căror suport este.

Comparând viziunile freudiană și kleiniană asupra importanței obiectului extern în economia libidinală, B. Brusset remarcă : odată cu problema transformării, de către eu, a libidoului de obiect în libido narcisic, sau invers, a libidoului narcisic în libido de obiect, la Freud devine evidentă ancorarea în realitatea obiectului. În timp ce Melanie Klein, prin relativa exclusivitate oferită economiei obiectelor interne, rămâne departe de a face loc alterității fundamentale a obiectului extern. La fel, există o diferență esențială în modul lor de a concepe fantasma : pentru Freud, cu teoria sa despre sprijinire, fantasma ține de o experiență a pierderii, în vreme ce pentru Klein fantasma este dată asemenea unei realități psihice „deja là”.

Totuși, credem că Melanie Klein este cea care a stimulat cel mai mult orientarea psihanalitică spre relația de obiect, spre intersubiectivitate și, la extremă, spre interpersonal, prin amplexarea pe care a dat-o fantasmei în teoria ei și, în consecință, discursului teoretic în termenii relației de obiect.

Cât privește narcisismul, Melanie Klein face diferența între stadiul narcisic despre care vorbea Freud și *stările* narcisice. De fapt, Freud descriesese narcisismul și ca o „epocă” în care nu există relații de obiect (ce vor apărea odată cu Oedip-ul), și ca o „stare” care vine și pleacă în funcție de investițiile eului ca rezervor libidinal.

În stările narcisice, spune Klein, relațiile de obiect sunt înlocuite cu relații de obiect intern. Am putea considera ca ea a adăugat la lista lui Freud despre alegerea obiectului iubirii după tipul narcisic : iubim, deasemeni, „persoana” care a devenit o parte din sine (un obiect intern). Ea afirmă că *o trăsătură tipică a relațiilor de obiect schizoide este natura lor narcisică: atunci când idealul eului este proiectat într-o altă persoană, aceasta este iubită și admirată pentru că ea conține părțile „bune” din subiect; tot așa, când relația cu o altă persoană se bazează pe proiecția în ea a părților „rele” ale subiectului, ea este de natură narcisică pentru că, și în acest caz, obiectul reprezintă mai ales o parte din subiect.*

Astfel, ca să completăm lista lui Freud despre alegerea de obiect după tipul narcisic, putem spune : iubim (sau urâm), deasemeni, persoana care a *dobândit* o parte din sine. În pasajul pe care tocmai l-am citat, este vorba de proiecția idealului eului sau a

părților „rele” din subiect ; astfel, natura narcisică a relației schizoide este corelată cu mișcarea proiectivă. Atunci când proiecția este urmată de introiecția unui obiect care „posedă” deja partea din subiect, se creează un cerc vicios ce amplifică angoasa subiectului, ca în situația în care subiectul introiectează un obiect în care proiectase propria sa violență. Apare aici un fel de efect de bumerang, prin faptul că reintroiecția se limitează la ceea ce fusese proiectat. Tocmai acest lucru îi permite lui Klein să afirme că *o altă caracteristică a relațiilor de obiect schizoide este artificialitatea lor și lipsa lor de spontaneitate; în paralel, constatăm o perturbare gravă a sentimentului de sine sau, dacă putem spune astfel, a relației cu sine în sine; și această relație pare artificială; cu alte cuvinte, sunt perturbate în egală măsură realitatea psihică și relația cu realitatea exterioară.*

Iată natura narcisică a acestui mecanism: obiectul este o „extensie a eului” obținută prin proiecție, iar introiecția „obiectului invadat cu violență” are loc în interiorul procesului proiectiv, deoarece această introiecție nu aduce nimic în plus față de conținutul proiectat. Melanie Klein face o distincție între acest tip de „introiecție” și o altă introiecție, care contribuie la dezvoltarea bebelușului :

„Odată cu introiecția obiectului întreg, cam în al doilea sfert din primul an de viață, au loc progrese în direcția integrării. Aceasta implică schimbări importante privind relația de obiect [...] și o percepție mai bună a lumii exterioare, ca și o sinteză mai reușită între situațiile interne și externe”¹⁴.

Așadar, introiecția care participă la dezvoltarea psihică este diferită de reintroiecția obiectului fantasmatic, datorită „mai bune percepții a lumii exterioare”, adică faptului de a percepe obiectul extern real.

Dacă „interpretăm” pasajul în care Klein vorbește de proiecție și de introiecție, de realitate interioară și exterioară, ne dăm seama că ea evită să vorbească despre „celălalt”, despre „obiectul real” utilizând acești termeni, dar afirmațiile sale produc confuzie dacă nu *gândim* în acești termeni. Poate că ea și-a *gândit* întotdeauna teoria incluzând realitatea externă (realitatea psihică a obiectului extern), dar nu a *vorbit* despre ea pentru a nu se

¹⁴ M. Klein, “Notes sur quelques mécanismes schizoïdes”, în *op. cit.*, p. 289.

îndepărta prea mult de subiectivitatea pacienților săi. Însuși Freud, chiar dacă afirmă în 1923, despre melancolic, „a trăi înseamnă a fi iubit ... a fi iubit de către supraeu” (el nu spune că a fi iubit înseamnă a găsi satisfacția pulsională), el nu va renunța niciodată la prima sa concepție, a primatului pulsunii, în care obiectul este ținut la distanță. În comentariul său asupra acestei poziții teoretice, A. Green ne spune că Freud, după 1914, a neglijat teoria narcisismului pentru a-și accentua opțiunile fundamentale, în special cele privind compulsiile la repetiție. Mai exact :

„[...] dacă Freud se teme de alunecarea spre obiect, este pentru că se teme de o regresie a teoriei spre o concepție care subliniază prea mult conjunctura, *realul*, evenimentul, pe care o resimte ca un pericol de a diminua partea de *inconștient* și de a restabili întâietatea conștientului”¹⁵.

Această înțelegere a alegerii teoretice freudiene (care este și a sa personală) nu-l va împiedica pe A. Green să afirme mai târziu că Freud a avut atâtea dificultăți în a integra teoria sa despre narcisism cu cea despre pulsunile de viață și de moarte datorită, poate, unei concepții insuficiente despre obiect, chiar un obiect descris în perspectiva primatului pulsunii.

1.3. Relația narcisică

Primul enunț al lui Freud despre narcisism fusese făcut în 1910, în *O amintire din copilărie a lui Leonardo da Vinci*. Ce anume îl incitase să avanseze ipoteza narcisismului și să-i urmărească implicațiile ? Este vorba de un anumit tip de iubire, față de cineva de același sex :

« Am găsit, în mod clar, [...] la perversi și la homosexuali, că ei nu și-au ales obiectul lor sexual de mai târziu după modelul mamei, ci după cel al propriei lor persoane.

¹⁵ A. Green, *La folie privée*, op. cit.

Ei au căutat în mod evident să se aleagă pe ei înșiși ca obiect al iubirii ; prin asta ei manifestă tipul de alegere de obiect pe care trebuie să-l numim tip narcisic »¹⁶.

Într-o notă adăugată în 1910 în *Trei eseuri asupra teoriei sexuale* (1905), Freud remarcă faptul că iubirea homosexuală poate fi explicată printr-o legătură erotică foarte intensă cu mama, în timpul copilăriei timpurii¹⁷. Această legătură este favorizată de însăși tendința excesivă a mamei, așa cum reiese din textul despre Leonardo :

« La toți bărbații homosexuali, a existat în prima copilărie, cea care mai târziu este uitată, o foarte intensă legătură cu o persoană feminină, de regulă cu mama, provocată și favorizată de chiar afecțiunea exagerată a mamei, accentuată de absența tatălui din viața copilului »¹⁸.

În aceste condiții (tandrețe excesivă a mamei și absență a tatălui, dar și anumite « forțe pulsionale »), evoluția ulterioară a unei asemenea legături cu mama constă, ne spune Freud, într-o « mutație » pe care o descrie astfel :

« Băiatul refulează dragostea față de mamă, deoarece se pune pe sine însuși în locul ei, se identifică cu mama și își ia propria persoană ca model, după a cărei asemănare face noi alegeri obiectale. [...] băieții, pe care cel care a crescut îi iubește acum, sunt doar substituiri și reveniri ale propriei sale persoane la vârsta copilăriei, pe care el îi iubește la fel de mult precum l-a iubit mama sa când era copil. Noi spunem că ajunge la obiectele iubirii pe calea narcisismului, pentru că, în mitologia greacă, Narcis este un tânăr căruia nimic nu-i plăcea mai mult decât propria imagine oglindită în apă și care a fost transformat în frumoasa floare care poartă acest nume »¹⁹.

¹⁶ S. Freud, "Pentru a introduce narcisismul", *op. cit.*, p. 45, sublinierea noastră.

¹⁷ S. Freud (1905), "Trei eseuri asupra teoriei sexualității", în *O 6*, Ed. Trei, București, 2001, p. 46.

¹⁸ S. Freud (1910), "O amintire din copilărie a lui Leonardo da Vinci", în *O 1*, Ed. Trei, București, 1999, p. 130.

¹⁹ *Ibid.*, p. 131, sublinierea noastră.

Aceste fragmente din « Leonardo » sunt interesante pentru că fac referință la mitul lui Narcis și la oglinda sa, de asemenea la rolul *privirii*, ceea ce nu face textul din 1914 despre narcisism . Aici apare problema raportului cu celălalt ca imagine de sine. În mitul său, Narcis nu știe că imaginea care îl fascinează este a sa ; el o vede în apă, tocmai el a cărui mamă este o naiadă, așa cum a observat Paula Heimann într-o notă la articolul său din 1952, *Funcții ale introiecției și proiecției în prima copilărie*. Iată nota, în întregime :

„Termenul de „narcisism” derivă din mitul grec al lui Narcis, care se îndrăgostește de propria sa imagine reflectată într-un râu. Ar trebui totuși să privim acest episod în contextul său. Mitul (care a fost transmis în variante diferite) se desfășoară, în esență, astfel : o nimfă (imortalizată mai târziu ca Eco – idee subtilă, deoarece ea reprezintă o combinație de recompensă și pedeapsă pentru că a fost atât de vorbăreată) era îndrăgostită de Narcis, dar acesta a respins-o. Ea a implorat-o pe Afrodita să o răzbune, iar Afrodita a acceptat, determinându-l pe Narcis să creadă că imaginea sa reflectată în apă este o nimfă acvatică. El se îndrăgosti nebunește de frumoasa creatură pe care o vedea în apă și încercă să o îmbrățișeze. Frustrarea pe care o simți în urma insuccesului se reflectă și ea pe figura pe care o privea. Narcis crezu că nimfa era supărată, ceea ce provocă în el dorința de a o consola și de a o salva. Astfel, el suferea nu numai datorită insatisfacției privind dorințele sale erotice, dar și datorită incapacității de a ușura suferința obiectului iubit. În cele din urmă, el muri de inimă rea. Fu metamorfozat în floarea care îi poartă numele.

Conform acestui mit, grecii nu credeau că iubirea de sine este o stare primară, ci îi atribuiă caracterul complex al iubirii obiectale. Tocmai acest fapt, de a trăi toate emoțiile iubirii de obiect, de la dorința erotică până la grija față de suferința obiectului și dorința de a-l ajuta și de a-i reda fericirea, constituie la Narcis pedeapsa pentru a-i fi provocat lui Eco durerea de a iubi fără a fi iubit. *În vreme ce, obiectiv vorbind, el se iubește pe sine (propria imagine reflectată în apă), subiectiv vorbind, el iubește o altă persoană*. Din culpabilitatea de a o fi respins pe Eco, el trebuie să se angajeze în doliul după un obiect inaccesibil (pierdut) și să cadă într-o depresie suicidară.

Nu intenționez o analiză completă a mitului, voi adăuga doar o remarcă : *Narcis, atunci când privește în apă și își contemplă imaginea, o tratează ca pe un obiect*. Dacă aplicăm o regulă obișnuită de interpretare și presupunem contrariul a ceea ce se afirmă,

apare o semnificație mai profundă. Narcis privește în lumea exterioară, în apă, dar se sugerează semnificația inconștientă opusă : *el privește în interiorul său*. În acest caz, se conturează fantasma inconștientă despre un obiect (iubit) plasat în interiorul subiectului, iar aceasta stă la baza identificării subiectului cu un obiect care, în conținutul manifest al mitului, este reprezentat prin reflexia fidelă a subiectului, *luată în mod eronat drept un obiect*. Faptul că Narcis este fiul unei nimfe acvatice accentuează un asemenea aspect.

Este remarcabil că acest concept grec asupra narcisismului se arată atât de apropiat de descoperirile Melaniei Klein, descoperiri obținute în mod empiric, fără o bază teoretică preconcepută, urmărind doar fantasmale prezentate de copii în analiza lor”²⁰.

J. Riviere vorbește de această notă despre mitul lui Narcis, raportând mitul la poziția depresivă și la experiența umană seculară de tristețe și disperare în urma pierderii celor dragi, experiență ce poate fi urmată de moarte. Autoarea vede importanța acestui fragment numai în termenii relației de obiect, lucru care nu ne miră, ținând seama că este vorba de o carte despre sistemul teoretic kleinian. Dar credem că nota respectivă ar putea spune mai mult decât simpla ilustrare a valabilității acestui sistem.

Care este contextul din carte în care apare nota despre Narcis? P. Heimann o adaugă pentru a-și susține ipoteza că, în starea narcisică, obiectul exterior este uitat și respins așa încât subiectul să-și poată iubi obiectul intern, care este fuzionat cu eul, și să obțină plăcere din asta, modalitate folosită „de eul infantil, ca să scape de frustrare”²¹. În articolul său, ea face diferența între gratificarea autoerotică și narcisism, prin faptul că în primul caz subiectul *se îndreaptă către sânul intern*, iar în al doilea caz el *se retrage de la sânul exterior*, starea narcisică având un element de agresivitate mai puternic decât starea autoerotică. După Heimann, această perspectivă ar explica dificultățile din analiza pacienților narcisici și ar cere o reconsiderare a ideii freudiene că narcisismul precede relația de obiect.

Așadar, Narcis își tratează imaginea din apă ca pe un obiect. Heimann ne spune că la baza stării narcisice există o relație de obiect, că nu putem opune narcisismul și relația de obiect. Totuși, prin modul în care iese din această opoziție, ea creează o nouă opoziție

²⁰ P. Heimann, “Certains fonctions de l’introjection et de la projection dans la première enfance”, în *Développements de la psychanalyse*, op. cit., p. 157-158, sublinierea noastră.

²¹ P. Heimann, op. cit., p. 145.

(privind același raport narcisism / relație de obiect) : opoziția intern / extern sau obiectivitate / subiectivitate. Dacă exprimăm nota despre Narcis în termenii restului cărții, obținem următoarele : din punct de vedere obiectiv, Narcis *se retrage de la* Eco (obiect extern urât) pentru a iubi obiectul intern fuzionat cu eul (deci pe sine însuși) ; din punct de vedere subiectiv, el se *îndreaptă spre* o nimfă acvatică (tratată ca obiect extern iubit). Sau, altfel spus : din punct de vedere obiectiv, Narcis se află într-o stare narcisică, în timp ce, din punct de vedere subiectiv, el se află într-o stare de iubire obiectală.

Freud, în textul său despre Leonardo, a făcut legătura între relația narcisică (faptul de „a-și găsi obiectul iubirii pe calea narcisismului”) și absența unei relații triangulare. În analiza sa despre fantezia lui Leonardo cu vulturul, Freud arată că această amintire are un conținut mnezic – vulturul își introduce coada în gura copilului – care a fost remaniat într-o situație homosexuală, dar prin intermediul semnificației „mamă care îi dă copilului să sugă”²². Descriind presupusa geneză a fanteziei cu vulturul, el găsește necesar să descompună amintirea în „conținutul său mnezic real”, pe de o parte, și „motivele ulterioare care îl modifică și îl deformează”, pe de altă parte, și precizează :

„În cazul lui Leonardo, credem că știm acum conținutul real al fantasmei ; înlocuirea mamei cu vulturul ne arată că acel copil simțea lipsa tatălui, *aflându-se doar cu mama sa*. Nașterea ilegitimă a lui Leonardo corespunde fantasmei lui cu vulturul”²³.

În fantezia cu vulturul, faptul real de a suge la sânul matern a fost transformat, spune Freud, în cel de a primi laptele, deci în pasivitate, și prin aceasta într-o situație cu caracter homosexual. Cum această situație presupune pentru subiect un obiect care să fie

²² S. Freud, “O amintire din copilărie a lui Leonardo da Vinci”, în *op. cit.*, p. 121. Acest fel de comentariu din partea lui Freud ne amintește că, chiar dacă și-a abandonat a sa *neurotica*, el recunoaște impactul mediului familial și al intersubiectivității. În textul despre Leonard, el consacră o parte din reflecția sa copilăriei pictorului, arătându-se mereu în căutarea realității evenimentiale sau istorice, care constituie un material de elaborare. Dar el nu va dezvolta ideea efectului personalității și inconștientului părinților asupra patologiei copilului. Agnes Oppenheimer remarcă în legătură cu aceasta : « *Realitatea ar avea rolul de rest diurn, pornind de la care se constituie visul* ». Cf. A. Oppenheimer, *Kohut et la psychologie du self*, PUF, Paris, 1996, p. 231, sublinierea noastră.

²³ S. Freud, *op. cit.*, p. 124.

„reluarea propriei sale persoane din copilărie” (pe cale narcisică) și, în același timp, repetarea neîncetată a „mecanismului prin care și-a dobândit homosexualitatea”²⁴ (mecanism favorizat de absența tatălui), putem conchide că există în comentariul freudian o asociere indirectă între căutarea obiectului narcisic și menținerea unei relații duale prin această „privire în oglindă” ce trimite la Narcis.

Ce anume vede acesta când privește în apă ? Pe de altă parte, ce anume *caută să vadă* când privește în apă ?

Pentru a răspunde la aceste întrebări, să încercăm a prezenta perspectiva lui Winnicott asupra relației între privirea copilului mic și privirea mamei. Pentru acest autor, chipul mamei reprezintă precursorul oglinzii și el recunoaște că, până la un punct, l-a influențat articolul lui Lacan despre „Stadiul oglinzii”, care aborda funcția oglinzii în dezvoltarea eului. Dar ceea ce aduce el nou este ideea unei oglinzi „vii”, mama, deci a unei oglinzi care nu reprezintă doar imaginea corpului, ci și imaginea *afectului*. Iată ce spune Winnicott în legătură cu aceasta :

„ Ce vede bebelușul atunci când își îndreaptă privirea spre fața mamei ? În general, el se vede pe el însuși. Cu alte cuvinte, mama îl privește pe bebeluș, iar *ceea ce exprimă chipul ei se află în relație directă cu ceea ce vede ea*”²⁵.

Cuvântul „oglinză” este utilizat aici în sens figurat, sensul rolului mamei care îi oglindește bebelușului propriul lui sine.

Pe măsură ce copilul se dezvoltă psihic, el devine tot mai puțin dependent de reflectarea de sine pe care i-o oferă chipul mamei (dar și cel al tatălui sau al fraților). Winnicott mai descrie cazul în care mama nu poate reflecta sinele copilului, nu poate fi o oglindă, manifestând o „relativă lipsă maternă”, iar copilul nu beneficiază de „un schimb semnificativ cu lumea”, deoarece chipul mamei nu exprimă decât propria ei „dispoziție”.

Winnicott nu discută despre cealaltă extremă de pe scala schimburilor de priviri dintre mamă și bebeluș : ce s-ar întâmpla dacă fața mamei nu ar exprima *decât* sinele copilului și nimic altceva, adică nu ar fi decât o oglindă ? Desigur, el nu vorbește despre

²⁴ *Ibid.*, p. 131-132.

²⁵ D. W. Winnicott, *Jeu et réalité*, op. cit., p. 155.

asta pentru că este o idee pur teoretică, poate chiar absurdă. Copilul știe că mama sa nu este doar o oglindă, așa cum știe (spune Winnicott) atunci când mama sa exprimă propria ei dispoziție²⁶.

Să remarcăm totuși că această extremă teoretică apare ca posibilitate în cazul lui Narcis privindu-se în apă : spre deosebire de copilul ce privește fața mamei și copilul ce se privește în oglindă, Narcis nu știe (cel puțin, la nivelul manifest al mitului) că are de a face cu o oglindă. El crede că vede o nimfă care nu-i întoarce decât ceea ce îi trimite el ; ea reprezintă un obiect *fără alteritate*, iar dacă ținem cont de faptul că Narcis este fiul unei nimfe acvatice, ea reprezintă o mamă inaccesibilă deoarece nu are un corp propriu.

Am putea astfel completa viziunea despre dezvoltare a lui Winnicott : copilul își caută sinele în privirea mamei, dar caută și ceva din „dispoziția mamei”. Narcis se caută pe sine în privirea nimfei pe care credea că o vede în apă, dar ceea ce a primit era el însuși și nimic mai mult : narcisismul „pur” înseamnă moarte.

Paradoxal așadar, narcisismul se opune iubirii prin tendința sa de a controla și de a anula puterea celuilalt asupra sinelui, cum subliniază A. Green²⁷, dar un narcisism „anobiectal” conduce la autoanihilare printr-un „efect de oglindă” a cărui perfectă circularitate „capătă o dimensiune turbionară în care [subiectul] este prins”²⁸. Jean Laplanche, prin analiza sa detaliată asupra noțiunii de narcisism primar, arată că această concepție freudiană despre o stare anobiectală ce izolează copilul de mediul său este criticabilă²⁹. Astfel, opoziția între narcisism și libidoul obiectal trebuie relativizată conform unei perspective mai complexe asupra funcționării psihice.

²⁶ Și în timpul stadiului oglinzii, copilul știe că are de a face cu o oglindă, știe să facă diferența între imagine și realitate, se joacă cu oglinda în calitatea ei de instrument nou descoperit. Cf. Gerard Bonnet, *La violence du voir*, PUF, Paris, 1996, p. 32.

²⁷ *Ibid.*, p. 43.

²⁸ G. Bonnet, *op. cit.*, p. 18.

²⁹ J. Laplanche, *Vie et mort en psychanalyse*, *op. cit.*, p. 105-129.

2. LUMEA INTERNA

2.1. Obiectul intern

Obiectul intern denotă sentimentul existenței unui obiect concret, localizat în interiorul eului și având propriile sale intenții față de eu și față de celelalte obiecte. Modul în care subiectul percepe obiectul intern depinde de perceperea obiectelor externe. Din acest punct de vedere, obiectele interne reprezintă, într-un fel, "oglinzi" ale realității externe. Invers, ele contribuie, prin proiecție, la maniera în care sunt percepute obiectele externe³⁰.

Una din caracteristicile importante ale lumii interne este *pluridimensionalitatea*, ceea ce l-a făcut pe Didier Houzel s-o numească "spațiu psihic". Astfel, *self*-ul și obiectul sunt tridimensionale, fapt care face posibile identificarea proiectivă și identificarea introiectivă, adică proiecția în obiect a unor părți din *self* și reintroiecția, în *self*, a obiectului (în care s-a proiectat).

O altă caracteristică a lumii interne este faptul de a fi resimțită ca fiind *concretă*. Melan Klein o afirmă de-a lungul întregii sale opere. Iată ce afirmă ea în "Observații asupra unor mecanisme schizoide" :

" [...] sugarul, după ce și-a încorporat părinții, îi resimte ca pe niște persoane vii în interiorul corpului, în maniera concretă în care sunt trăite fantasmele inconștientului profund"³¹.

Fiecare obiect din lumea internă este investit nu numai cu calități afective, dar și cu calități senzoriale provenite din experiențele de plăcere sau de durere pe care le-a avut copilul în relația cu părinții săi.

Freud a ținut seama de aceste calități concrete atunci când a scris, în *Interpretarea viselor*, despre "figurabilitate" ca factor de transformare a gândurilor latente ale visului în conținutul său manifest :

³⁰ R. D. Hinshelwood, *op. cit.*, p. 75.

³¹ M. Klein, "Morning and its relation to manic-depressive states", în *Int. J. Psycho-Anal.*, 21, 1940, p. 125-153.

"Dacă gândul visului, care este nefolositor în expresia lui abstractă, este transformat într-un limbaj figurativ, atunci între această nouă expresie și restul materialului visului se ivesc mai ușor atingerile și identitățile de care are nevoie traviul visului și pe care acesta le creează acolo unde nu există, căci, datorită dezvoltării oricărei limbi, termenii concreți sunt întotdeauna mai bogați în asociații decât cei conceptuali"³².

Trebuie însă remarcat că între Freud și Klein există o inversare a problemei : Freud pleacă de la ipoteza gândurilor latente ale visului care devin figurate, în timp ce Klein presupune o lume mai întâi concretă, adică fondată pe experiența sensibilă, care de abia ulterior se va putea exprima prin simboluri și cuvinte.

În *Psihologia mulțimii și analiza eului*, o anumită reprezentare pare introiectată în eu, apoi această parte a eului este separată pentru a funcționa ca un obiect ideal sau de iubire, pentru restul eului. Aici, Freud se apropie mai mult de conceptul de lume internă, în care obiectele interne și obiectele introiectate au o viață ce se situează în relația cu eul așa cum se situează obiectele externe în relația lor cu personalitatea sau cu sinele.

În sfârșit, în 1924, în textul său *Pierderea realității în nevroză și psihoză*, Freud o spune în mod net :

" Deosebirea riguroasă dintre nevroză și psihoză se diminuează prin aceea că nici în nevroză nu lipsesc tentativele de a înlocui nedorita realitate cu una pe potrivă dorinței. Această posibilitate dă existență unei *lumi a fantasmei*, a unui tărâm care a fost separat de lumea reală exterioară atunci când a fost introdus principiul realității, fiind de atunci păstrat liber – în maniera unei „cruțări” – față de exigențele necesității vieții"³³.

2.2. Fantasma

Fiind preocupată de conținutul anxietății pacienților săi (și nu de mecanismul apariției anxietății), Melanie Klein a acordat *fantasmei inconștiente* un loc central în raport

³² S. Freud, *op. cit.*, p. 322-323.

³³ S. Freud, "Pierderea realității în nevroză și psihoză », în *O 3*, Ed. Trei, București, 2000, p. 280.

cu orice activitate psihică. Dar cea care a formulat clar acest concept est Susan Isaacs, într-o lucrare destinată să cristalizeze viziunea kleiniană. În *Natura și funcția fantasmei*, ea arată cum Klein a extins noțiunea freudiană de fantasmă inconștientă care se prefigura deja în momentul în care Freud renunța la teoria seducției, pentru a afirma că trauma rezultă dintr-un eveniment imaginar.

După această autoare, deși Klein își bazează concepția asupra fantasmei pe descoperirea freudiană a unei realități psihice dinamice, viziunile lor sunt divergente. De exemplu, dacă la Klein fantasma este precoce, Freud părea să o considere o producție tardivă a psihismului, apărută după stabilirea principiului realității, când principiul plăcerii începe să funcționeze într-o manieră clivată :

"Odată cu angajarea principiului realității, s-a desprins un soi de activitate de gândire ce a rămas neinfluențată de proba realității și care ascultă doar de principiul plăcerii. Aceasta este *fantasmarea* [...]"³⁴.

După Isaacs, fantezmele inconștiente - întotdeauna deduse, niciodată observate ca atare - sunt corolarul mental, reprezentantul psihic al pulsiei. Nu există pulsie, nevoie sau reacție pulsională care să nu fie resimțită ca fantasmă inconștientă. De fapt, ea a obținut această definiție modificând următoarea afirmație a lui Freud din 1932, din *Noi conferințe în psihanaliză* :

"Ne închipuim că [Se-u] are deschidere spre soț, pînă aici nevăzutele pulsionale, care își găsesc în el expresia psihică [...]"³⁵.

Dacă înlocuim termenul de "Se" cu termenul de "fantasmă inconștientă", obținem definiția kleiniană.

Acest "conținut primar al proceselor psihice inconștiente" care este fantasma se raportează nu numai la satisfacerea dorinței (libidinale sau distructive), dar și la apărarea

³⁴ S. Freud (1911), "Formulări despre cele două principii ale funcționării psihice", în *O 3, op. cit.*, p. 18.

³⁵ S. Freud (1933), "Prelegeri de introducere în psihanaliză serie nouă", în *O 10*, ed. Trei, București, 2004, p. 522.

împotriva angoasei, la fel ca simptomul.

Fantasma inconștientă are "un caracter *omnipotent*". Pentru copilul mic, ea nu înseamnă numai "așa vreau", ci și "așa fac", ceea ce concordă cu ideile lui Freud asupra satisfacerii halucinatorii la bebeluș. Deși este o ficțiune, este reală ca experiență subiectivă, constituind o funcție psihică veritabilă, cu efecte reale nu numai în lumea internă a psihismului, ci și în lumea externă a dezvoltării corporale și a comportamentului subiectului iar de aici, în psihismul și în corpul altor subiecți.

Avem aici o diferență esențială între gândirea kleiniană și cea freudiană cu privire la dihotomia *subiectiv/obiectiv* în teoria psihiatrică.

Aparent, nici o afirmație a lui Klein nu îi este străină gândirii lui Freud. Și el afirmă, mai mult sau mai puțin explicit, că fantasma este o ficțiune, că ea este resimțită de către subiect ca fiind reală, că are valoare de funcție psihică și că are efecte reale în psihismul subiectului și în lumea sa exterioară. Dar ceea ce el afirmă în "Noi conferințe în psihiatrie" opune în mod clar realitatea psihică a fantasmei și realitatea "evenimentelor" : "Simptomele isterice derivă din fantasme, nu din întâmplări reale"³⁶.

Dimpotrivă, caracterul "omnipotent" al fantasmei din teoria kleiniană nu se limitează la trăirea subiectului și la realitatea efectului pe care îl are asupra funcționării sale psihice, ci se extinde chiar asupra *conținutului* fantasmei. Să ne amintim remarca lui Klein despre clivaj : "Bebeluşul clivează obiectul și pe el însuși în fantasmă, dar efectul acestei fantasme este absolut real, deoarece conduce la sentimente și la relații obiectale [...] separate *realmente* unele de altele"³⁷ (sublinierea noastră).

A spune că fantasma este omnipotentă înseamnă a spune mai mult decât "satisfacerea halucinatorie a dorinței" din gândirea freudiană. Fantasma omnipotentă se satisface prin ea însăși – accepțiune implicită a descrierilor kleinienne -, ca și cum ideea lui Freud devine "satisfacerea *reală* a dorinței prin halucinare".

În ultimă instanță, noțiunile de fantasmă, de mecanism și de proces sunt tratate în scrierile kleinienne ca fiind sinonime. De exemplu, se susține că procesul psihic sau fantasma inconștientă de a încorpora este descris în termeni abstracți ca proces de introiecție, sau că fantasma este aspectul subiectiv al *meanismului* de introiecție (sau de

³⁶ S. Freud, în *op. cit.*, p. 566.

³⁷ M. Klein, "Notes sur quelques mecanismes schizoïdes", în *op. cit.*, p. 280, sublinierea noastră.

proiecție) și, în sfârșit, că mecanismele psihice sunt întotdeauna *trăite* ca fantasma.

2.3. Fantasmă și proces

Nicolas Abraham și Maria Torok (1972) sunt cei care au susținut diferența esențială dintre fantasmă și proces (sau realitate metapsihologică), în legătură cu utilizarea termenilor de "introiecție" și "încorporare" ca sinonimi. Ei propun revizuirea acestei false sinonimii dintre introiecție și încorporare, considerând că introiecția este un fenomen de ordinul creșterii, iar nu de ordinul compensării. Ei au ridicat problema următoare : dacă încorporarea corespunde unei fantasme, iar introiecția unui proces, de ce să consideri fantasma - un produs al eului - ca fiind anterioară procesului, care este un produs al întregului psihism, așa cum fac autorii kleinieni? Se știe că pentru aceștia din urmă, fantasma se găsește chiar la originea funcționării psihice, fiind oarecum omnipotentă...

Autorii respectivi afirmă că orice proces impune o modificare topică a psihismului, în vreme ce orice fantasmă, care este de natură narcisică, tinde să mențină *statu quo*-ul topic :

"Concepția noastră este că fantasma este de natură narcisică : pentru a nu atenta la imaginea subiectului, ea tinde să schimbe lumea. Faptul că este deseori inconștientă nu înseamnă că nu-i aparține subiectului, ci că se referă la o topică *păstrată în secret*. Astfel, a înțelege o fantasmă capătă un sens precis : înseamnă a detecta în mod concret nivelul topic la care ea vine să se opună [...]. A spune că fantasma susține procesul înseamnă o răsturnare a întregului demers psihanalitic"³⁸.

Astfel, încorporarea ar fi o "fantasmă de neintroiecție", pentru că fantasma de încorporare pretinde că realizează în mod magic remanierea psihică profundă impusă de realitatea *pierderii*. Această "vindecare" magică prin încorporare îl scutește pe subiect de durerosul travaliu al doliului și îl ajută să refuze adevăratul sens al pierderii ; ea nu este decât un mijloc de a liniști eul. În realitate, fantasma de încorporare se opune introiecției.

³⁸ N. Abraham și M. Torok, "Introjecter- incorporer", în *NRP* 6, Gallimard, Paris, toamna 1972, p. 111-112.

" [Ea] pretinde că realizează [...] la propriu ceea ce nu are sens decât la figurat. Ne imaginăm că înghițim obiectul pentru a nu "înghiți" pierderea. [Este vorba de o] demetaforizare [...]. De fapt, orice încorporare are vocația nostalgică a introiecției"³⁹.

Această problemă a raportului (causal ?) între fantasmă și proces (sau realitate metapsihologică) ne pare importantă în special cu privire la concepția kleiniană, care este opusă celei prezentate de Abraham și Torok.

2.4. Obiectiv și subiectiv în psihanaliză

Dezbaterea privind identitatea sau confuzia dintre abordarea obiectivă a psihanalistului și trăirea subiectivă a pacientului a apărut devreme în teoria psihanalitică, rămânând și în prezent la originea divergențelor dintre kleinieni și analiștii de alte orientări. Chiar și autorii care țin la distincția subiectiv/obiectiv în psihanaliză au perspective diferite, ce influențează implicit sensul pe care îl dau termenului de fantasmă inconștientă.

De exemplu, Owen Renik, cunoscut pentru concepția sa asupra "subiectivității ireductibile a analistului"⁴⁰, arată că psihanalistii contemporani au recunoscut și studiat intersubiectivitatea din clinica analitică, dar această evoluție a fost uneori greșit înțeleasă, în sensul că clinica ar fi lipsită de obiectivitate. Autorul se opune unei asemenea idei și propune o definiție *pragmatică* a obiectivității analistului, în acord deplin cu acceptarea subiectivității sale ireductibile. El sugerează că o asemenea concepție pragmatică asupra obiectivității trebuie utilizată în toată știința modernă și îl citează pe T. Kuhn, care scrisese în 1962 despre "știința normală", adică despre stabilirea adevărului științific printr-un proces social de consens între cercetători care folosesc o aceeași paradigmă. Pe de altă parte, Renik vede ipotezele pozitivistice ca fiind o modalitate dezavantajoasă de a gândi

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ O. Renik, "Analytic interaction : conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity", în *Psychoanal. Q.*, 62: 553-571, 1993.

obiectivitatea și subiectivitatea, și acceptă obiectivitatea în măsura în care ea reprezintă un consens util pentru obiectivul specific al curei analitice⁴¹.

Marcia Cavell reflectează altfel asupra necesității conceptului de obiectivitate în psihanaliză. Nici pentru ea, modelul intersubiectiv al situației analitice nu implică automat că ideea de adevăr, de realitate și de obiectivitate este depășită. Pentru ea însă, obiectivitatea constă într-o lume împărtășită și reală, dimpreună cu conceptul unei asemenea lumi. Ambele sunt necesare pentru gândirea propozițională și pentru capacitatea de a ne cunoaște propriile gânduri ca fiind gânduri, ca fiind o perspectivă "subiectivă" asupra lumii. În lipsa ideii unei lumi obiective în care trăim și pe care ne străduim s-o înțelegem, orice model intersubiectiv se prăbușește într-o paradigmă individuală. Cavell utilizează într-o manieră originală perspectiva triangulației : ea îi citează pe R. Britton și pe A. Green, care au scris – urmându-l pe Bion și pe Winnicott – despre spațiul mental "triangular" care îi permite copilului să gândească și să-și creeze obiectele, dar adaugă :

"Perspectiva mea asupra triangulației diferă de cea a lui Britton sau a lui Green prin aceea că pune în evidență nu numai prezența unor persoane înafara copilului, ci și a unei lumi reale și comune"⁴².

Această lume care contribuie la spațiul psihic triangular este "publică", partajabilă și disponibilă pentru a fi explorată de subiect și de obiectul său extern, "mai largă decât cei doi participanți", capabilă să le ofere o perspectivă diferită de a lor.

Ipoteza lui Cavell se referă în mod explicit la fantasma inconștientă. Este interesant de observat faptul că autoarea, fără a cunoaște poziția lui Abraham și a lui Torok, ajunge la o idee asemănătoare, chiar dacă altfel formulată. Ea arată că fantasma inconștientă

"[...] este fixată, pietrificată în timp, în aparență (așa o percepe subiectul) printre datele lumii, ca obiectele pe care le găsim aici și pe care nu le recunoaștem ca fiind gândurile noastre asupra acestor obiecte. (Dacă acceptăm descrierea lui Melanie Klein

⁴¹ O. Renik, "The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity", în *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 1998, p. 487-497.

⁴² M. Cavell, "Triangulation, one's own mind and objectivity", în *Int. J. Psychoanal.*, 79, 1998, p. 461 (traducerea noastră).

despre lumea internă a bebelușului, vedem aici modul în care fantezmele inconștiente ale subiectului îi pot apărea acestuia ca lucruri implantate în psihicul său ori ca un înveliș al psihicului, iar nu ca propriile-i gânduri). Spre deosebire de fantasmă, gândirea permite reflecția despre sine însuși [...]. Unul dintre scopurile terapeutului este angajarea pacientului pe acea cale în care ceea ce era o fantasmă devine un gând, așadar ceva supus reflecției și îndoielii; eliberarea personajelor lumii sale de statutul lor pietrificat în fantasmă, în așa fel încât, asemenea imaginii memorabile a lui Loewald, fantomele (care îi bântuie psihicul) să-i poată deveni strămoși (în lumea reală și publică)⁴³.

Această perspectivă asupra fantezmei inconștiente este asemănătoare celei descrise de Abraham și Torok, cu deosebirea că M. Cavell opune fantasma și gândirea, în timp ce primii opun fantasma (de încorporare) și procesul (de introiecție). Este ca și cum caracterul "concret" al fantezmei inconștiente, pus în evidență de Klein, ar împiedica fantasma să intre în mișcarea oricărui proces, inclusiv cel de gândire. Acest caracter concret, care este pentru Klein însăși forța fantezmei inconștiente ce-i permite participarea la întreaga activitate mentală, constituie pentru ceilalți autori o dificultate.

Să revin la introiecție și la afirmația lui N. Abraham și a M. Torok că orice încorporare (fantasmă) are introiecția (realitate metapsihologică) drept 'vocație nostalgică', în condițiile în care 'gura nu poate articula a numite cuvinte'. După noi, în dezbateră privind diferența sau sinonimia fantasmă/proces, cea mai avantajoasă pentru gândirea psihanalitică (cel puțin pentru a noastră...) este alegerea *distincției*. Găsim deci observația lui Abraham și a lui Torok ca justificată.

⁴³ *Ibid.*, p. 464.

3. MECANISMUL DE PROIECȚIE

3.1. Proiecția în viziunea lui S. Freud

Termenul de « proiecție » a fost utilizat în diverse moduri de către Freud și alți autori care i-au urmat. Vom prezenta unele dintre sensurile întâlnite în opera lui Freud.

Într-un sens general, acest termen semnifică pentru Freud tendința de a căuta o cauză exterioară și nu o cauză interioară. El afirmă acest lucru în 1895, remarcând faptul că scopul bolii (paranoia) este de a se apăra de o reprezentare inacceptabilă pentru eu, proiectându-i conținutul în exterior.

În acest context, proiecția este considerată ca o « deplasare ». Freud vorbește aici de utilizarea eronată a mecanismului de proiecție, drept apărare. Mai târziu, el are tendința să considere proiecția ca pe un mecanism de apărare propriu-zis: atribuirea defensivă, altei persoane, de gânduri, dorințe și diverse conținuturi psihice devenite intolerabile pentru subiect. Referințele sale privesc în principal paranoia și gelozia.

Freud separă și opune, încă de la începutul operei lui, gândirea nevrotică, care conservă, și gândirea psihotică, care expulzează (dovadă a unei lipse de elaborare psihică). Dar timp de mai mulți ani, proiecția este pentru el o formă de refulare, iar halucinația un mod de « mutare » a întoarcerii refulatului. Doar în 1911, în analiza sa asupra cazului *Schreber*, Freud propune o teorie care scoate psihoza din câmpul refulării. În mecanismul paranoic,

“[...] este evidentă înainte de toate acea trăsătură pe care o putem denumi *proiecție*. O percepție interioară este reprimată, iar ca înlocuitor al ei apare conținutul său, după ce a cunoscut o anumită deformare, devenind conștient ca o percepție din exterior”⁴⁴.

Așadar, proiecția este un refuz – negare, ca și o reatribuire a ceea ce este negat în interior. Totuși, Freud înlocuiește această primă formulare cu o a doua :

⁴⁴ S. Freud (1911), “Observații despre un caz de paranoia (dementia paranoides) descris autobiografic », în *O 7*, Ed. Trei, București, 2002, p. 163.

« Nu a fost corect să spunem că sentimentul reprimat în interior a fost proiectat în afară ; acum ne dăm seama, ceea ce a fost suspendat interior se reîntoarce din exterior »⁴⁵.

Această concepție asupra fenomenului delirant ne oferă o imagine în care, departe de a fi stăpânul jocului, subiectul apare ca jucăria unui proces ale cărui efecte nu le percepe decât indirect, prin reflexele acestora în conștiință – așa precum percepe Schreber sfârșitul lumii, de fapt proiecția catastrofei sale interne . Astfel, topografia frontierei înăuntru – înafară pare supusă unui determinism mai complex decât opoziția plăcere/realitate, pe care o găsim în prima articulare a conceptului de proiecție, exprimată clar de Freud în *Pulsiuni și destine ale pulsiunilor*, odată cu noțiunea de « eu-plăcere pur » :

« Sub dominația principiului plăcerii [subiectul] primește în Eul său obiectele oferite, în măsura în care sunt surse de plăcere, le introiectează [...] și alungă pe de altă parte de la sine ceea ce devine pentru el prilej de neplăcere în propriul său interior (Vezi mai încolo mecanismul proiecției) »⁴⁶.

Freud trimite aici la articolul nescris sau distrus din *Metapsihologie*, consacrat proiecției. Să amintim că eul-plăcere pur nu are sens decât raportat la un eu-realitate ‘care a demarcat interiorul de exterior pe baza unui criteriu obiectiv’, putând să se sustragă stimulilor externi prin fugă ; « Din eficiența activității musculare a viețuitoarei, substanța ei perceptivă a câștigat astfel un punct de sprijin pentru a separa un „exterior” de un „interior” »⁴⁷.

În textul freudian, există opoziția a două modalități de înțelegere a fenomenului proiectiv. Conform uneia, formațiunea delirantă își obține coerența și forța de convingere din coluziunea cu dorința inconștientă supusă principiului plăcerii – formațiune narcisică, fantasmatică, dereală. Conform celeilalte, ea reprezintă invazia conștiinței de către ceea ce a fost abolit înăuntru și care revine dinafară, așa ca la « președintele Schreber ». Această ultimă formulă va servi drept punct de sprijin pentru teoria lacaniană a *forcluderii* psihotice.

⁴⁵ S. Freud, *ibid.*, p. 167.

⁴⁶ S. Freud (1915), “Pulsiuni și destine ale pulsiunilor”, în *O 3, op. cit.*, p. 74.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 63.

În 1922, Freud trasează alte câteva piste, în *Despre câteva mecanisme nevrotice în gelozie, paranoia și homosexualitate*, unde el constată, realizând o remarcabilă extindere-revizuire a primelor sale formulări :

« [Gelozia] *proiectată* provine [...] din propria infidelitate realizată în viață sau din impulsuri spre infidelitate care cad sub refulare [...]. Cel care le neagă la persoana sa, percepe totuși chemarea lor atât de puternic încât pentru ușurarea lui, el apelează cu plăcere la un mecanism inconștient. [...] proiectează propriile porniri într-o infidelitate din partea celuilalt [...] »⁴⁸.

Dar Freud adaugă că gelosul, ca și paranoicul, în timp ce proiectează înafară, asupra altuia, ceea ce nu acceptă în el însuși, se folosește în proiecția sa de « materialul percepției, care decelează motivațiile inconștiente, analoge, ale celuilalt » :

« Ni se pare că descriem foarte nesatisfăcător comportamentul paranoicului gelos, ca și al celui persecutat, atunci când spunem că ei proiectează în afară, asupra altora, ceea ce nu vor să perceapă în propriul interior.

Desigur că ei fac aceasta, dar nu proiectează în vânt, ca să spunem așa, nu proiectează acolo unde nu se află nimic asemănător, ci se lasă duși de cunoașterea inconștientului și deplasează asupra inconștientului altora atenția pe care o retrag de la propriul inconștient »⁴⁹.

Această prezentare a dinamicii fenomenului proiectiv deplasează problema inițială. În aceste fragmente, Freud pune în evidență factorul *cantitativ* implicat în proiecție : dacă subiectul nu proiectează în aer, ci acolo unde există un conținut psihic asemănător cu al său, atunci operația de deplasare privește mai degrabă „*gradul de atenție*” și „*cantitatea investiției*”⁵⁰. O altă aluzie la factorul cantitativ este ideea că subiectul, proiectându-și

⁴⁸ S. Freud, “Despre câteva mecanisme nevrotice în gelozie, paranoia și homosexualitate”, în *O* 7/2002, p. 187-188.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 190.

⁵⁰ *Ibid.*, p.191 (sublinierea noastră).

propriile impulsuri în exterior, o face nu numai ca să se debaraseze de anumite reprezentări, ci și ca să scape de *forța* acestor impulsuri⁵¹. Aici, Freud face din nou speculații, ca și în alte texte, afirmând că proiecția se raportează mai ales la principiul plăcerii și că individul reacționează ca să-și diminueze tensiunea internă, păstrând o stare internă plăcută, corespunzătoare eului-plăcere pur.

Acest aspect al gradului de atenție deplasat în proiecție va fi menționat de Shapiro în legătură cu semnificația pe care subiectul o atribuie lucrurilor percepute de el în lumea exterioară. Proiecția nu ar implica o ruptură în funcționarea cognitivă, ci o atenție accentuată asupra realității și obiectului percepției. Distorsiunea realității pe care ea o introduce nu este o distorsiune perceptivă, ci are a face mai degrabă cu ceea ce semnifică percepția. Pornind de la convingerile și nevoile interne, lucrului perceput îi este atribuit o anumită semnificație, iar proiecția nu modifică realitatea aparentă, ci semnificația ei. Pe scurt, proiecția ar fi o formă de distorsiune interpretativă a realității exterioare⁵². Afirmările lui Shapiro seamănă cu cele ale lui Freud privind abordarea clinică a proiecției :

„În tratamentul unui astfel de gelos [care își proiectează propria infidelitate], trebuie să evităm contestarea materialului pe care se susține, putem dori doar să ne hotărâm la o altă apreciere a acestuia”⁵³.

Cu alte cuvinte, nu percepția pacientului este discutabilă, ci interpretarea sau semnificația percepției sale. Totuși, în același text, Freud descrie proiecția gelosului ca percepția în exterior a motivațiilor inconștiente analoge la celălalt (a „mişcărilor inconștiente asemănătoare ale celeilalte părți”⁵⁴). Există aici o nuanță care introduce o diferență între viziunea lui Shapiro și cea a lui Freud : în timp ce primul transferă problema distorsiunii de la percepție la semnificație și la interpretare – menținând astfel, oarecum, ideea distorsiunii cognitive -, Freud pune accentul mai mult pe *investirea* percepției, care

⁵¹ *Ibid.*, p. 188.

⁵² D. S. Shapiro (1965), *Les Styles Névrotiques*, PUF, Paris, 1986.

⁵³ S. Freud, *op. cit.*, p. 188.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 188.

poate constitui *însăși problema*, fără nici o distorsiune cognitivă, nici de percepție și nici de semnificație a ei :

„De fapt, anormalitatea lui [a subiectului gelos] se reduce la observarea cu ascuțime a inconștientului soției sale și aprecierea acestuia mai bine decât ar fi făcut-o altcineva”⁵⁵.

Nu trebuie să uităm că, dacă percepția subiectului este reală și constituie o cunoaștere a inconștientului celuilalt, aceasta nu-l împiedică pe subiect să utilizeze psihic această cunoaștere, ne spune André Green, pentru a o folosi drept ecran și a deveni orb la propria sa realitate psihică. În același mod, percepția lipsurilor și defectelor la cei apropiați poate fi reală, dar în același timp având rol de diversiune spre a evita autoreproșuri mult mai grave.

Pentru Freud, proiecția avea și o importanță centrală în formarea fobiilor (vezi *Micul Hans*). Amenințarea pulsională punând eul în pericol din interior, ea este „proiectată” în realitatea exterioară, unde poate fi controlată mai ușor datorită evitării fobice :

„Mai devreme am atribuit fobiei caracterul unei proiecții, dat fiind că ea înlocuiește pericolul pulsional interior cu un pericol perceput în exterior. Aceasta aduce avantajul că ne putem proteja împotriva pericolului exterior pînă fu ~~g~~ și evitare a percepției, în timp ce împotriva pericolului din interior fuga nu ne ajută de fapt”⁵⁶.

Această explicație pare valabilă și pentru psihodinamica delirului paranoic, în care subiectul negociază cu pulsunile interne dureroase sau intolerabile proiectându-le asupra unor obiecte externe. În termeni economici, i-ar fi mai ușor să evite și să fu ~~g~~ de o amenințare dureroasă provenită din exterior, decât să evite o amenințare internă.

În 1924, Freud articulează proiecția cu cea de a doua teorie a pulsuniilor, într-o concepție extinsă asupra raporturilor dintre individ, organism și mediul său. Pulsunea de

⁵⁵ *Ibid.*, p. 189.

⁵⁶ S. Freud (1926), „Inhibiție, simptom și angoasă”, în *O 5*, 2001, p. 231.

moarte în exces, nelegată prin coexcitația libidinală, trebuie expulzată sub forma sadismului. Proiecția, acum deflectare spre exterior a pulsuniilor distructive, devine foarte aproape de o investiție primară, ceea ce diverși autori numesc proiecție primară. În *Problema economică a masochismului*, tratând despre enigma (din punct de vedere economic) existenței tendinței masochiste în viața pulsională și despre întâlnirea dintre libido și pulsunea de moarte în interiorul individului, el evidențiază că :

„Libidoul are sarcina de a face inofensivă această pulsune distructivă, dispensându-se de ea prin aceea că îndreaptă în mare parte această pulsune, cu ajutorul unui anumit sistem organic, musculatura, spre exterior, spre obiectele lumii exterioare. Ea se numește atunci pulsune de distrugere, pulsune de dominație, voință de putere. [...] O altă parte nu participă la această transferare în afară, rămâne în organism și e legată acolo libidinal, cu ajutorul coexcitației sexuale amintite ; în ea trebuie să recunoaștem masochismul original, erogen”⁵⁷.

Pe pagina următoare, într-un context ce descrie formarea masochismului erogen secundar, apare termenul de „a proiecta” ca sinonim cu „a deplasa”, „a întoarce”, „a deriva spre exterior” :

„[...] în anumite împrejurări, sadismul sau pulsunea de distrugere proiectată, îndreptată spre exterior, poate fi din nou introiectată, îndreptată spre interior [...]”.

Pentru Freud, proiecția nu se află numai în serviciul apărării împotriva angoasei și autodistrugerii, sau al necunoașterii realității. Independentă de vreun conflict intern, el o vede acționând în religie, ca mecanism antropomorfic de cunoaștere și de adaptare la lumea exterioară. Într-un mod general, el asociază proiecția cu percepția.

În *Totem și tabu*, Freud scrie despre proiecție că este vorba de

⁵⁷ S. Freud (1924), “Problema economică a masochismului”, în *O 3, op. cit.*, p. 268.

„[...]un mecanism la baza căruia se subsumează, de exemplu, și percepțiile noastre senzoriale, care în mod normal dețin cea mai mare parte în configurarea lumii noastre externe. [...] și percepțiile interne ale unor procese afective și de gândire vor fi proiectate în exterior, la fel ca și percepțiile senzoriale, și vor fi folosite la configurarea lumii externe. [...] oamenii primitivi au dezvoltat prin proiecția în exterior a percepțiilor interne o imagine a lumii exterioare, pe care trebuie să o traducem din nou acum în psihologie printr-o percepție conștientă întărită”⁵⁸.

Din această perspectivă, André Green remarcă faptul că proiecția, ca apărare, poate deveni patologică, deoarece ea antrenează necunoașterea pulsionilor subiectului. Pe de altă parte, ea îi oferă subiectului posibilitatea unei anumite cunoașteri a obiectului și, în mod indirect, a unei cunoașteri (prin construcție) de sine însuși :

„Proiecția prin deplasare spre exterior a investițiilor subiectului conduce la o cunoaștere a obiectului și, dacă ea este tributară elementelor introduse de subiect, antrenând deci o percepție deformată a acelui obiect, ea permite totuși o cunoaștere reală a inconștientului obiectului respectiv. Această cunoaștere a inconștientului obiectului se realizează cu prețul necunoașterii radicale a inconștientului subiectului, dar ocolul prin cunoașterea obiectului constituie prin retroacțiune o cunoaștere implicită, ocultă, a subiectului însuși [...]. Celălalt [...] nu apare decât prin intermediul oglinzii deformante pe care i-o oferă subiectul, dar care corespunde totuși, parțial, cu o realitate, chiar deformată. Astfel, Freud recunoștea că orice delir este construit în jurul unui sâmbure de adevăr [...]. Acest lucru presupune : a) că între subiect și obiect există un raport de omologie sau izomorfie ; b) că acest raport de cunoaștere – necunoaștere se stabilește prin intermediul unei *construcții*. Construcție în spațiul Celuilalt și a spațiului Celuilalt ca externalizare a

⁵⁸ S. Freud (1912), “Totem și tabu”, în *O 4*, Ed. Trei, București, 2000, p. 268.

spațiului intern al subiectului. Această construcție este o construcție teoretică. O teorie a obiectului care trimite la teoria subiectului prin retroacțiune”⁵⁹.

3.2. Poziția schizo-paranoidă

Vom prezenta câteva aspecte din așa numita „poziție schizo-paranoidă”, teoretizată de M. Klein, deoarece ea se referă, în esență, la mecanismele psihotice bazate pe proiecție.

Într-un articol al său despre identificarea proiectivă, Klein citează un comentariu al lui Freud asupra cazului Schreber : "Trebuie să stabilim instalarea dispoziției pentru această psihoză [schizofrenia] într-un moment anterior celui când se decide paranoia, undeva la începutul dezvoltării, în timpul trecerii de la autoerotism la iubirea obiectală”⁶⁰. În 1946, Klein utilizează expresia "poziție paranoidă", deși ea cunoștea deja termenul lui Fairbairn, "poziție schizoidă", și concepția acestuia. În 1952, ea combină cei doi termeni și obține "poziție schizo-paranoidă", semn că ideile lui Fairbairn erau mai importante pentru ea decât s-ar fi crezut – și ne gândim mai ales la ideile care revizuiău teoria freudiană asupra structurii psihice și asupra pulsuniilor.

Care sunt caracteristicile poziției schizo-paranoide?

Este vorba de o fază care precede poziția depresivă la copil și în care există relații de obiect parțiale, angoase de persecuție și mecanisme schizoide. Melanie Klein folosește drept cadru teoretic distincția freudiană între pulsunile de viață și pulsunile de moarte. După Freud, organismul amenințat de pulsunea de moarte o deviază pe aceasta înspre exterior, printr-un mecanism mai degrabă biologic decât psihologic. După Klein, această deviere devine o proiecție, deoarece entitatea în cauză este eul primitiv, care are deja mecanisme de apărare, care resimte anxietate și care este capabil să fantasmeze relații de obiect. Astfel, sub amenințarea propriei sale dezintegrări, eul proiectează pulsunea de moarte într-un obiect care devine persecutor. Pentru a proiecta pulsunea de moarte, eul trebuie să se cliveze (un alt mecanism de apărare) într-o parte distructivă și o parte libidinală, ultima fiind proiectată pentru crearea unui obiect ideal

⁵⁹ A. Green, *La folie privée*, Gallimard, Paris, 1990, p. 196-198.

⁶⁰ S. Freud (1911), "Observații despre un caz de paranoia (dementia paranoides) descris autobiografic », în *Opere* 7, Ed. Trei, București, 2002.

pe care eul să-l poată introiecta (idealizarea și introiecția sunt alte două mecanisme primitive de apărare).

Melanie Klein considera ca acest tip de funcționare are loc în timpul primelor luni de viață a sugarului, fapt ce l-a determinat pe Winnicott să afirme că a-l crede pe bebeluș atât de sofisticat este o exagerare. Dar dacă Klein ținea la ideea lui Freud că schizofrenia își are rădăcinile în perioada dinaintea iubirii obiectale (în termeni kleinieni, dinaintea relației de obiect întreg), ea trebuia să plaseze aceste mecanisme la un nivel extrem de timpuriu al dezvoltării. Realizând acest lucru, ea vine în contradicție cu concepția lui Abraham, după care prima fază orală a sugarului este preambivalentă, adică lipsită de ură sau de teamă față de sânul matern.

Așadar, după Klein, angoasa de a fi distrus din interior, prezentă de la începutul vieții, apare în principal din acțiunea pulsionii de moarte și se atașează ulterior la un obiect, fiind resimțită ca angoasă de persecuție. Această angoasă primitivă mai are două alte surse: trauma nașterii (angoasa de separare) și frustrarea nevoilor corporale care, deși percepute inițial ca provocate de obiecte exterioare, devin surse persecutorii interne prin introiecție, participând la teama de dezintegrare și fiind reproiectate odată cu pulsionea distructivă⁶¹.

Discutând despre necesitatea ca eul să administreze angoasa, Melanie Klein ne amintește că, după Freud, o parte a pulsionii de moarte care nu a fost deviată în exterior este legată de către libido în interiorul organismului. Autoarea îi citează pe Ferenczi și Winnicott, care sugerau că integrarea eului sugarului – deci și gestionarea angoasei – depinde esențialmente de condițiile exterioare (îngrijirea de către mamă). Ne pare important de observat că acest articol arată în numai câteva pagini⁶² unul dintre aspectele esențiale ale viziunii kleiniene : în vreme ce este conștientă de influența mediului asupra proceselor psihice și nu uită să ne informeze asupra acestui punct, Klein *alege în mod deliberat să traducă orice element exterior în termenii realității interne*. Din acest punct de vedere, ea îi rămâne fidelă lui Freud, teoria sa având o aparență atât de complicată tocmai în scopul păstrării realității psihice ca termen unic de referință. De exemplu, jocul pe care ea îl prezintă deseori ca având loc între procesul de

⁶¹ M. Klein, *op. cit.*, p. 278.

⁶² *Ibidem*, p. 278-279.

proiecție și cel de introiecție pare echilibrat, dar există întotdeauna un accent final pe proiecție, adică pe natura subiectivă a percepției lumii externe. În operele kleinienne există o bună coerență cu privire la acest aspect.

Referințe bibliografice

S. Freud, *Opere*, Ed. Trei, București.

B. Orășanu, *Biografia unui concept psihanalitic*, Ed. Trei, București, 2005.

PARTEA A DOUA

CATEGORII PSIHANALITICE ÎN PSIROPATOLOGIE

Introducere

Marile categorii din psihopatologia psihanalitică s-au diferențiat progresiv, începând cu secolul XIX. La 1895, Freud căuta să separe nevrozele actuale (nevroză de angoasă, neurastenie, ipohondrie – caracterizate printr-o disfuncționalitate somatică a sexualității) de psihonevroze – caracterizate printr-un conflict psihic. Peste douăzeci de ani, el împărțea și psihonevrozele, în nevroze de transfer (isterie, isterie de angoasă și nevroză obsesională), accesibile tratamentului psihanalitic, și psihoze, neaccesibile acțiunii psihoterapeutice deoarece sunt fondate pe o dezinvestire masivă a obiectului în favoarea unei suprainvestiri narcisice patologice.

În 1924, această diferențiere între nevroze și psihoze va fi subliniată de Freud prin raportarea lor la realitate : dacă nevroza rezultă dintr-un conflict între eu și sine, psihoza rezultă dintr-o tulburare în relația dintre eu și realitatea exterioară. În cadrul psihozelor, el va face încă o diferențiere, accentuând faptul că melancolia sau, mai general, psihoza maniaco-depresivă, se centrează pe un conflict între eu și supraeu, meritând numele de „nevroză narcisică” (cu un eu aflat într-o fixație autoerotică).

Evoluția nosografiei psihanalitice până în anii 70 se poate schematiza în tabloul următor (Laplanche și Pontalis):

1895	Nevroze actuale	Psihonevroze		
1915	Nevroze actuale	Nevroze de transfer	Psihoze	
1924	Nevroze actuale	Nevroze	Nevroze narcisice	Psihoze
Clasificare actuală	Afecțiuni psiho somatice	Nevroze	Psihoze	
			Maniaco-depresive	Schizofrenie Paranoia

Un asemenea tablou, oricum incomplet din principiu, nu conține nici organizările perverse și nici stările limită sau *borderline*, care s-au impus treptat în clinica psihanalitică, timp de mai multe decenii.

1. NEVROZA

1.1. Simptomul și conflictul nevrotic

Oricare ar fi complexitatea realității clinice, *teoria nevrozelor constituie baza gândirii psihanalitice*, fapt confirmat de legătura ei structurală cu visul și cu actele simptomatice.

Nevroza este expresia unui *conflict psihic*. Acesta presupune, în general, prezența în psihismul subiectului a două sau mai multe tendințe contradictorii. Conflictul înconștient se exprimă sub forma simptomului care, după Freud, este manifestarea înotarcerii refulatului. Astfel, în 1896 deja, autorul teoriei nevrozelor arăta că simptomul reprezintă o formațiune de compromis între reprezentările refulate și apărări.

Simptomul nevrotic, așa cum a fost el descris de către Freud, exprimă atât o dorință cât și apărarea împotriva acesteia, atât o satisfacție ascunsă cât și imposibilitatea satisfacerii. Cu alte cuvinte, ceea ce apare într-o formă negativă – deficiență funcțională, angoasă ori suferință – ascunde o componentă pozitivă ce ține de dorință și plăcere. Acest model rămâne valabil în gândirea psihanalitică contemporană, constituind chiar reperul central pentru întreaga psihopatologie psihanalitică.

Simptomul este deci un compromis între presiunea pulsionilor, exprimată sub forma fantasmelor înconștiente, pe de o parte, și mecanismele de apărare ale eului, eu supus interdicțiilor supraeului, pe de altă parte.

Atunci când pulsionile sunt mai puternice, compromisul rezultă în formațiuni substitutive, cum este criza isterică. Atunci când mai importante sunt mecanismele de apărare, compromisul se caracterizează deseori prin *contrainvestiții* care produc formațiuni reacționale și trăsături de caracter (așa cum apar, de exemplu, în personalitatea obsesională, cu trăsăturile ei specifice: ordine, economie, încăpățănare).

Ca și în cazul actului ratat, al lapsusului, al cuvântului de spirit și al visului, simptomul exprimă un *conflict intrapsihic*. Acest tip de conflict poate fi descris:

a) din punct de vedere *topic* (diferitele „spații” psihice: conform primei topici freudiene – conștient-preconștient și inconștient, iar conform celei de a doua topici – se, eu, supraeu);

b) din punct de vedere *dinamic* (lupta dintre procesele primare, guvernate de principiul plăcerii, și procesele secundare, guvernate de principiul realității);

c) din punct de vedere *economic* (relativ la forțele aflate în joc).

Cât privește fantezmele inconștiente ce stau la baza simptomului nevrotic, ele conduc, de-a lungul procesului explorării psihanalitice, la complexul Oedip sau la derivate ale acestuia. În toate cazurile, simptomul este resimțit de către subiect ca străin, straniu și înțelegibil. El este perceput prin modurile sale de infiltrare în gândirea și actele subiectului, care par să facă efracție în personalitatea acestuia (în corpul istericului, în gândirea obsesionalului, în spațiul fobicului). Există, deasemeni, fenomene nevrotice care afectează ansamblul personalității și al relațiilor cu ceilalți : caracterele nevrotice.

1.2. Complexul Oedip

În cursul unei psihanalize, apariția angoasei nevrotice dă cont de angoasa de castrare care, inconștientă fiind, este rezultatul dorinței incestuoase pentru părintele de sex opus și al dorinței paricide față de părintele de același sex. Aceasta este forma directă a complexului, ce reprezintă o poziție heterosexuală a subiectului. Forma inversată (dorință incestuoasă pentru părintele de același sex și dorință de distrugere a părintelui de sex opus) reprezintă poziția homosexuală.

Ambele poziții presupun confruntarea cu *diferența dintre sexe și dintre generații*, care articulează, în diverse forme, dorințele și identificările.

La față, angoasa de castrare se află în raport cu separarea și cu teama de pierdere a iubirii din partea obiectului. După Freud, angoasa de castrare feminină a fost descrisă de M. Klein ca fiind teama de sterilitate și de distrugere a organelor genitale interne.

Cura psihanalitică oferă condițiile transformării nevrozei adulte într-o *nevroză de transfer*, în care conflictele intrapsihice sunt actualizate, fiind posibile interpretarea și elaborarea lor, dimpreună cu rememorarea și reconstrucția nevrozei infantile, din trecutul pacientului – mai precis, a mecanismelor de apărare, a dorințelor și a scenelor fantasmatiche corespunzătoare acestora. Printre acestea din urmă, Freud a descris așa-numitele „fantasme originare”, ce transcend experiența individuală: fantasma de seducție, scena primitivă, fantasma de castrare și cea de întoarcere la viața intrauterină.

Nevroza infantilă constituie însă un model teoretic al dezvoltării „normale”, ea fiind dedusă din materialul clinic.

1.3. Nevroza în teoria kleiniană

Melanie Klein a conceput structura nevrotică drept o organizare defensivă împotriva depresiei *psihotice* - care ar proveni dintr-o ambivalență pulsională insuficient elaborată în cursul poziției depresive, combinată cu o insuficientă introiecție a obiectului „bun”. Mecanismele arhaice de clivaj și proiecție (întrezărite în nevroza fobică) constituie o regresie la poziția paranoid-schizoidă, de unde și sentimentele de natură persecutorie din fobiile grave.

Klein considera că nevroza are o valoare funcțională și constituie un factor de *normalitate*, prin faptul că este o modalitate de a elabora conflictele psihotice infantile. O asemenea, să-i spunem, „elaborare nevrotică a psihozei” presupune însăși elaborarea poziției depresive: integrarea ambivalenței și culpabilității, prin reparație și creativitate. Fantasmele scenei primitive își moderează caracterul distructiv și înspăimântător, iar invidia poate lăsa loc recunoștinței. Mecanismele proiective se reduc în favoarea refulării, iar mecanismul de clivaj este înlocuit de cel de izolare. De asemenea, natura angoasei se modifică: teama privind propria existență (*a fi*) devine teama privind posesiunea a ceva (*a avea*); cu alte cuvinte, angoasa de aneantizare devine angoasă de castrare.

Pentru Freud, nevroza reprezintă negativul perversiunii. Pentru Klein, nevroza este negativul psihozei.

1.4. Teoria dezvoltării în psihanaliză

Conform teoriei freudiene, psihismul se dezvoltă având drept reper căutarea plăcerii, dar ca rezultat al confruntării a două modalități fundamentale : a) actualizarea experienței de satisfacere, în dimensiunea primară a realizării halucinatorii a dorinței, în căutarea identității de percepție (care stă la baza scenariului visului, de exemplu) și b) căutarea identității de gândire conform cu principiul realității, care guvernează procesele secundare. Contradicția dintre aceste „două principii ale cursului evenimentelor psihice” (Freud, 1911) fundamentează concepția psihismului ca un conflict între dorință și realitate, între subiectivitate și obiectivitate.

Dezvoltarea este definită ca „libidinală” cu referință la conceptul psihanalitic de „libido”, care semnifică în latină „dorință”. Freud precizează acest concept ca fiind expresia unei energii în latura ei *cantitativă*, deși nemăsurabilă realmente, energie a pulsuniilor sexuale sau de iubire (1921). Trebuie precizat aici că noțiunea freudiană de „sexualitate”, cea mai originală și mai contrariantă din psihanaliză nu atât prin ideea de sexualitate infantilă cât prin importanța care i s-a oferit, și-a lărgit sfera în evoluția gândirii lui Freud însuși. Dacă în 1905 sexualitatea infantilă era văzută fie ca o pre-formă a perversiunilor sexuale adulte sau a genitalității postpubertare, fie ca resort fundamental al dezvoltării psihice, introducerea teoriei narcisismului în 1914 și introducerea noțiunii de pulsione a morții în 1920 au modificat teoria pulsionii sexuale, dându-i sensul mai larg de iubire sau chiar de pulsione a vieții.

1.5. Punctul de vedere genetic

Abandonarea ideii de etiologie traumatică (a seducției sexuale reale) l-a condus pe Freud la ideea de fantasmă inconștientă și de realitate psihică. Cum acestea se legau, în cura psihanalitică, de rememorarea scenelor infantile, s-a conturat modelul conform căruia *psihopatologia este o manifestare a trecutului în prezent*. Schematic vorbind, psihopatologia nu este, astfel, totuna cu anormalitatea, ci constă mai degrabă în persistența a ceea ce, în trecut, era normal. Simptomul apare, din această perspectivă, ca manifestarea unui nivel de funcționare anterior normal, însă anacronic în prezent.

În cura psihanalitică, regresia la un nivel de funcționare anterior poate privi nu numai dezvoltarea libidinală ci și, în cazul structurilor non-nevrotice, organizarea eului sau a supraeului. Regresia libidinală poate fi, ea însăși, de mai multe tipuri, raportându-se la relația cu obiectul, la scopul pulsional sau la modul de descărcare pulsională – de exemplu, în cazul bulimiei ca răspuns general la apariția emoțiilor și excitațiilor de diverse naturi.

Cadrul analitic are drept efect inducerea regresiei funcționării psihice, conducând la apariția, în discursul pacientului, a efectelor reprezentărilor inconștiente și ale transferului.

Din punctul de vedere al funcționării aparatului psihic, regresia topică se definește luând drept model *visul* : ea apare astfel ca o mișcare regredientă, dinspre polul realizării actului în realitate, spre polul realizării halucinatorii din actul psihic și spre fantasmă. De asemenea, apare regresia dinspre funcționarea predominant secundară, ce are loc în coordonate temporale, spre funcționarea guvernată de procesele primare, „înafara timpului”.

1.6. Efect retroactiv

Conform definiției date de Laplanche și Pontalis în 1967, în *Vocabularul psihanalizei*, această noțiune se referă la experiențele care sunt remaniat ulterior, în funcție de noile experiențe avute într-un stadiu diferit de dezvoltare. Astfel, experiențele trecute pot căpăta un sens nou, ca și o nouă eficacitate psihică. De aici și forța lor patogenă.

Termenul se cere a fi diferențiat de ideea filozofică a conștiinței care își făurește trecutul în funcție de „proiectul” său, ca și de ideea de „fantasmă retroactivă” a lui Jung, cu referire la reinterpretarea trecutului în funcție de cererile realității prezente, în scopul de a se debarasa de aceasta. De asemenea, nu este vorba de o descărcare cu întârziere, în urma însumării excitațiilor, adică de o „abreacție” după un anumit interval de timp.

Pentru Freud, noțiunea de efect retroactiv se referă la traumatism și la sexualitate : datorită unei lipse inițiale de integrare, un anumit eveniment trecut capătă un sens nou, conform schimbării ulterioare. De exemplu, în cadrul sexualității umane, scrie Freud, apariția tardivă a pubertății face posibile „procesele primare postume”.

Acest fenomen este însă însoțit de existența unor „fantasme originare”, care transcend experiența și imaginarul individuale. Un asemenea punct de vedere structural limitează perspectiva anamnestică, care ar postula un determinism decisiv în psihopatologie, raportat la începuturile dezvoltării, începând chiar cu viața intrauterină. Același punct de vedere structural combate interpretarea noțiunii de efect retroactiv ca fiind o iluzie retrospectivă asupra sexualității infantile.

Termenul oferă o deschidere asupra percepției timpului, asupra conceperii mai multor modalități ale temporalității, asupra „heterocroniei” constituționale a ființei umane. În cursul procesului psihanalitic, de pildă, apare evident faptul că eul analizandului face efortul continuu de a ordona secvențial punerea în scenă a pulsuniilor, cu ajutorul mecanismelor sale de apărare, deoarece se simte permanent în pericolul de a fi bulversat de „întoarcerea refulatului”, cu a sa atemporalitate. Putem imagina un timp al pulsuniilor, cu tendința sa la repetiție, un timp al inconștientului care condensează reprezentările și face posibil efectul retroactiv, ignorând timpul cronologic, un timp al eului capabil de amânare, de așteptare și de ocol (împotriva principiului plăcerii care cere satisfacerea neîntârziată), în sfârșit, un timp al supraeului sau al idealului eului, care este un timp anticipat în funcție de exigențele acestor instanțe.

1.7. Obiectul, între pulsione și realitate

Obiectul primar, legat de experiența originară a satisfacerii, este *pierdut* prin însăși constituirea lui ca reprezentare și ca obiect fantasmatic. De aceea, în cursul vieții, el va tot fi căutat, „regăsit și pierdut din nou”. Obiectul constituie un element al pulsuniilor dar și un reper în realitate, așadar el poate fi intern sau extern.

Conform principiului plăcerii, obiectul se dorește a fi în posesie absolută, deci transformat într-un obiect parțial. Conform principiului realității, care se impune tot mai mult în cursul dezvoltării, obiectul se vedește a fi „întreg” și această reprezentare a lui trimite la obiectul extern. Astfel, tendința distructivă de a poseda obiectul și a-l utiliza discreționar este contracarată de introiecția structurantă, „constructivă”, a obiectului tot mai apropiat de obiectul exterior.

Obiectul polarizează pulsunea, îi oferă o finalitate exterioară și are un rol organizator fundamental în cursul copilăriei. Freud a descris, în paralel cu stadiile de dezvoltare, și o succesiune a etapelor privind relația cu obiectul și cu alteritatea obiectului : autoerotism, narcisism, alegere homosexuală și alegere heterosexuală. Această perspectivă complementară, dezvoltată enorm ulterior, care pune în evidență raportul subiectului cu *un celălalt asemănător și diferit* în același timp, a devenit o necesitate odată cu clinica patologiilor non-nevrotice.

Noțiunea de relație de obiect are meritul de a evita mecanicismul sau biologismul (riscurile teoriei freudiene a pulsunii), în schimb aduce riscul dizolvării metapsihologiei în psihologie. Relația de obiect, ca teorie, constituie un progres față de cea a stadiilor de dezvoltare (oralitate, analitate, falicitate, genitalitate infantilă, latență, genitalitate pubertară). Dacă modelul stadiilor privilegia presiunea și sursa pulsunii, modelul obiectal privilegiază celelalte două elemente ale pulsunii, adică scopul și obiectul ei. Acest lucru face să nu putem utiliza exclusiv unul dintre modele, oricât ar fi de comod, deoarece fiecare dintre ele conduce, la extremă, la schematizarea și sărăcirea perspectivei asupra funcționării psihice.

De pildă, importanța perspectivei genetice a stadiilor de dezvoltare se evidențiază în *negativ*, adică în momentul când nivelurile de organizare și de simbolizare descrise de stadii lipsesc, semnalând astfel patologii din cele mai grave. Patologiile narcisice, stările limită sau patologiile psihosomatice nu dovedesc fixații îndepărtate în timp, ci absența unor fixații libidinale și obiectale. Este vorba de o absență *aparentă*, care nu se explică prin efectul direct al vreunei carențe, ci mai curând prin modalități particulare de denegare și mecanisme înrudite (B. Brusset, 1994).

Actualmente, în clinica și teoria psihanalitică se utilizează, explicit sau implicit, o multitudine de cadre de referință. Printre altele, acest lucru a fost determinat și de importanța crescândă a conceptului de *contratransfer*, care a devenit un instrument de lucru în ședința de analiză. În plus, apariția ideii de *intersubiectivitate*, văzută ca o actualizare a funcționării intrapsihice (interpretată, la rândul ei, cu referire la intersubiectivitatea copilului cu părinții săi), a multiplicat planurile gândirii clinice.

2.FORME ALE NEVROZEI

2.1. Nevroza isterică

2.1.1. Aspecte teoretice

Chiar dacă nevroza apare, în clinica contemporană, în forme mai curând atipice, perspectiva freudiană asupra conversiei clasice și-a păstrat valabilitatea. Din reflecția asupra isteriei s-a născut psihanaliza, oferind un loc central *refulării* ca modalitate defensivă.

Prin mecanismul de conversie, *conflictul*, ce nu poate fi elaborat datorită forței fantasmei inconștiente și eșecului refulării, este transpus *de pe scena psihică pe planul corpului imaginar*, fără vreo legătură cu vreo distribuție nervoasă obiectivă. Simptomele de odinioară (paralizie, afonie, anestezie, hiperestezie, algii, contracturi și spasme musculare, tramurături, perturbări ale funcțiilor senzoriale, în special ale vederii) scad în frecvență în societatea actuală, lăsând loc manifestărilor viscerale, tulburărilor funcționale ale diferitelor aparate (cardiovascular, digestiv, respirator, genital, uro-genital la bărbat). Simptomatologia paroxistică, marea criză isterică, criza convulsivă, stările secundare sub forma dedublărilor de personalitate, nu se mai întâlnesc în prezent.

În cadrul simptomului, deficitul motor, senzitiv sau senzorial se află în raport cu o scenă sexuală infantilă, refulată, care poate fi rememorată sau reconstruită în cursul analizei. În vreme ce aspecte negenitale ale corpului sunt sexualizate, cele direct genitale sunt excluse. Pe planul relației de obiect, erotizarea acestuia coexistă cu frigiditatea și impotența.

Putem avea însă de a face doar cu un caracter isteric, cu un „mod de a fi isteric”, manifestând trăsături ca teatralismul, dramatizarea, psihoplasticitatea, labilitatea identificatorie, fragilitatea raportului cu realitatea, revendicarea interesului, dorința de a seduce, sugestibilitatea, preocuparea constantă privind părerea celuiilalt, imposibilitatea de a fi sincer.

Mult timp ignorată, isteria masculină este astăzi tot mai diagnosticată.

Autorii clasici (Freud, Abraham) considerau că nevroza isterică se plasează pe planul de dezvoltare cel mai evoluat, deoarece fixațiile care o compun trimit la stadiul

falic-oedipian și la angoasa de castrare. Ar fi vorba de fixația incestuoasă la un tată decepționant și de o puternică ambivalență față de mamă, însoțite de imposibilitatea renunțării la aspirația totalității reprezentate de bisexualitate.

Ulterior însă, numeroși autori au detectat elemente ca : importanța polului oral, aspectul depresiv, fragilitatea eului – datorată avansului dezvoltării pulsionale față de dezvoltarea eului, evoluție inversă decât în cazul nevrozei obsesionale descrise de Freud. Aspectul depresiv pare să fie constant, deși nu întotdeauna evident; subiectul se debarasează de acesta prin conflict; apropierea de obiect diminuează depresia, însă crește angoasa, conducând la ruptură. Această succesiune produce stimularea nesfârșită a dorinței și a unei excitații care pune în valoare vederea și acțiunea, în detrimentul reprezentării.

A. Green a propus ca diagnosticul să se bazeze pe modul de funcționare, iar nu pe simptome. El a opus caracterul sexual ambivalent din funcționarea isterică – a căuta iubirea obiectului și, în același timp, distrugerea lui -, pe de o parte, și fragilitatea eului din cazurile limită, pe de altă parte.

În centrul fantasmelor inconștiente pare a fi scena primitivă, remarcată încă de Freud (1897). După A. Jeanneau (1985), scena primitivă semnifică faptul de a fi separat de părinții pe care sexualitatea îi reunește, excluzându-l pe copil. În mod paradoxal, această scenă este căutată fantasmatic și prin diverse identificări tocmai în scopul regăsirii legăturii resimțite ca pierdută în mod traumatic. Același autor folosește formula „limbaj al acțiunii”, pe care isteria îl utilizează în detrimentul gândirii, cu erotizarea activității musculare.

Așa numita „soluție sexuală” a istericului ar proveni, pe de altă parte, și dintr-un trecut în care mama pare mai mult să-și fi excitat copilul, decât să se arate preocupată de nevoile mai simple ale acestuia. De aici, erotizarea și aspirația permanentă spre fuziune.

Tema bisexualității din fantasmele isterice a condus la mai multe ipoteze teoretice, printre care vom sublinia trei: conform uneia, bisexualitatea ar reflecta identificarea primară cu mama falică, însoțită de rivalitate cu tatăl pentru iubirea maternă. Dar atunci cum să înțelegem seducția incestuoasă printr-un substitut patern? se întreabă L. Guttières-Green și propune o a doua ipoteză: seducția asupra tatălui are drept scop „însușirea” atributelor sale virile care ar putea-o împlini pe mamă. Această idee ar explica fixațiile homosexuale care se ascund în simptomatologia isterică. În sfârșit, după Ute Rupprecht-Schampera (1997), persoana isterică ar căuta un refugiu în tată, ca într-un al treilea element

al triangulării necesare – prin identificare cu mama, ea ar încerca să-l seducă și să-l interpună, în același timp, între ea și mamă.

André Green propune luarea în considerare a două momente de pierdere în istoria subiectului isteric. Primul constă în pierderea „sânului”, al cărui doliu pare să nu mai ia sfârșit. Cel de al doilea apare la pubertate, odată cu puseul sexual genital. Dacă în alte cazuri schimbările pubertare sunt trăite ca o îmbogățire, aici transformarea semnifică pierderea corpului prepuber iubit de către mamă.

2.1.2. Identificarea isterică

S-a pus în evidență rivalitatea cu mama, în a-și dori ceea ce mama își dorește. În *Interpretarea viselor*, Freud subliniază identificarea isterică, nu numai cu obiectul propriei relații sexuale, ci și cu persoana rivală. Acest lucru era confirmat de binecunoscutul „vis al soției măcelarului”, în care pacienta manifestă o dorință nesatisfăcută, similară celei a prietenei pe care era geloasă, dorință nesatisfăcută interpretată de Freud ca satisfacerea dorinței de a se substitui prietenei și de a o elimina astfel. Reproducem visul.

„Doresc să dau un supeu, dar nu am în casă decât puțin somon afumat. Mă gândesc să merg la cumpărături, dar îmi amintesc că este duminică după-amiază și toate magazinele sunt închise. Vreau să telefonez atunci unor furnizori, dar telefonul este deranjat. Atunci trebuie să renunț la dorința de a da un supeu.”

În urma asociațiilor pacientei sale, Freud află că „supeul” ar fi însemnat, pentru visătoare (amatoare de caviar), satisfacerea unei prietene (amatoare de somon afumat) față de care era geloasă în raport cu soțul său (p. 153-156). Identificându-se cu prietena sa în vis, „măcelăreasa” exprimă realizarea unei dorințe, anume ca dorința celeilalte – de a se hâni mai bine de a deveni mai plină și mai atrăgătoare, de a-i plăcea astfel mai mult măcelarului – să nu se realizeze.

Reflecțiile lui J.-L. Donnet și J.-P. Pinel asupra acestui vis au condus la ideea că o asemenea identificare nu semnifică doar *dorința de a nu oferi supeul*, ci și *dorința de o dorință nesatisfăcută* (1968). Lacan a reluat această temă, generalizând-o și ajungând la concluzia că expresia dorinței nerealizate, prin mecanismul identificării isterice, constituie

însuși resortul visului, scopul propriu-zis al acestuia, căutarea de către subiect a dorinței enigmatice a celuiilalt. Dorinței de caviar a visătoarei (semnificant al dorinței ei nesatisfăcute) îi ia locul dorința de somon afumat (semnificant al dorinței prietenei), adică dorința de o altă dorință, dorință referitoare la *lipsa din Celălalt*. În fine, lectura textului freudian constată că, dacă erotizarea se manifestă în chiar faptul nesatisfacerii, este tocmai pentru că este vorba de o identificare *împotriva* celeilalte. Astfel, așa cum remarcă J. Schaeffer (1986), isteria apare nu atât ca dorința celuiilalt, ci ca o „contrainvestire a dorinței celuiilalt și prin dorința celuiilalt”, sau chiar ca o utilizare a celuiilalt drept „loc de delegare” a propriei vieți pulsionale (p. 923-944).

2.1.3. Cura psihanalitică în nevroza isterică

Urmându-l pe Freud în unele afirmații de la începutul operei sale, Lacan a considerat că nevroza isterică este paradigma tuturor nevrozelor și structura primară de la care se edifică nevroza fobică și nevroza obsesională. Dacă inconștientul este structurat ca un limbaj, cum spune teoria lacaniană, atunci „discursul” isteric ar fi structura tip care ordonează orice relație nevrotică.

La întrebarea, explicită sau implicită, dacă isteria mai există în zilele noastre, și sub ce formă, dacă nu cumva a fost înlocuită de „noi” moduri de funcționare etc., Litza Guttières-Green ne oferă un răspuns radical: nu numai că isteria există și astăzi, dar relectura operelor lui Freud dovedește că, în pofida mentalității actuale, pacienții părintelui psihanalizei nu diferă prea mult de cei actuali. Autoarea relatează cum, într-o perioadă când se pregătea pentru un colocviu despre isterie, a constatat că numărul persoanelor isterice apărute la consultație a „crescut”; atunci, ea s-a întrebat dacă ea însăși le sugestiona prin atitudinea ei, determinându-le să fie „mai isterice”, sau de-abia acum devenise receptivă la semne care îi scăpau înainte și care indicau o funcționare isterică...

Cu toate acestea, în prezent isteria dă impresia a nu mai fi aceeași, până la a dispărea chiar din clasificări – în DSM, ea a fost înlocuită cu unul dintre simptomele sale, disocierea.

În cura psihanalitică, traviul de elaborare privește *reprezentarea*, care tinde în isterie să se transforme în acțiune, în loc de amintire. În aceste condiții, procesul analitic vizează investirea energiei în istoria analizandului, care va lua locul repetiției. Mijloacele

sunt descrise, în principal, prin două modele. Primul, cel freudian, se referă la dezvoltarea fantasmei inconștiente, în timp ce procesele primare sunt puse în legătură cu procesele secundare.

Al doilea model este cel al lui Lacan, conform căruia analistul, prin retragerea sa, îi lasă analizandului spațiul și plăcerea-neplăcerea de a-și desfășura „jocul insatisfacerii dorinței”, fără a fi necesar ca analistul să-l înțeleagă. Aici, J. Kristeva obiectează, susținând că acest model presupune creșterea angoasei isterice de a fi respins de către tată sau, invers, încurajează fantasma de fuziune cu puterea simbolică a tatălui. Autoarea atrage atenția că, în spatele „cererii zgomotoase de iubire” a pacientului se ascunde o cerere autentică de implicare, care trebuie recunoscută ca atare. Aceasta înseamnă, remarcă J.-L. Donnet, „perceperea de către pacient a implicării *conținute* în travaliul de dezimplicare pe care-l presupune oferirea unei interpretări”. Cu alte cuvinte, neutralitatea analistului va conține o implicare (prin identificare concordantă cu pacientul) suficient de prezentă pentru a trata planul excitabilității acestuia și suficient de subtilă pentru a lăsa loc interpretării, deci semnificației.

Trebuie amintit, și acest lucru nu se face destul de des, că neutralitatea nu înseamnă indiferență, ci *respect* față de alegerile analizandului, care nu sunt întotdeauna și cele ale psihanalistului. Neutralitate înseamnă renunțarea, din partea analistului, la „puterea pe care ar putea-o avea asupra unei persoane vulnerabile, deoarece aflate în regresie” (L. Guttières-Green, 2003). Ea mai înseamnă refuzul de a deveni complice la cererea insașiabilă de iubire și dependență a pacientului. Atunci când analistul „sucombă” în fața farmecului pacienților lui, dintr-o credință infantilă în propria sa atotputernicie, fără a vedea ura și rachiuna (subliniate de Masud Khan) ce se ascund dincolo de erotizarea manifestă, analiza este compromisă. Ea se reduce astfel la o „analiză *as if*”, adică un fel de psihoterapie fals-psihanalitică, în care confortul afectiv reciproc va fi plătit cu prețul unui rezultat de scurtă durată.

Am pomenit deja faptul că Melanie Klein considera că funcționarea nevrotică este o apărare împotriva unui nucleu psihotic. Acest lucru, transpus la cazul isteriei, face din aceasta o defensă împotriva angoaselor primitive, iar nu o entitate nosografică. Urmând ideea kleiniană, H. Rosenfeld a atras atenția asupra riscului ca, înlăturând simptomele psihice sau corporale ale pacientului, analiza să lase loc angoaselor psihotice.

Pentru a ilustra o asemenea situație, care pune o problemă practică și teoretică deosebit de importantă, vom prelua un episod prezentat de Guttières-Green în 2003.

Autoarea povestește cum, într-o zi, a întâlnit într-un spital psihiatric o pacientă cu un Gilles de la Tourette deosebit de handicapant: femeia, de altfel simpatică, seducătoare și inteligentă, scotea un fel de lătrat, în timp ce își smulgea hainele cu mâna stângă. Acest tic era uneori repetat cu o asemenea frecvență, încât îi făcea viața insuportabilă mai ales soțului ei. Ticul apăruse la scurtă vreme de la căsătorie și pacienta îi făcuse față tratându-l cu o oarecare indiferență. Istoria ei fusese una traumatică: un tată incestuos o obligase să participe la raporturile sexuale ale părinților.

Astfel, ritualul trimitea cu gândul la un viol (mâna care o dezbrăca) însoțit de un strigăt ce putea semnifica atât furia cât și plăcerea.

Ea a întreprins o psihanaliză asociată cu neuroleptice în doze ușoare. Ticurile dispărură, pentru a face loc unor angoase atât de puternice, încât pacienta i-a cerut analistului ei : „Dați-mi ticurile înapoi”. În acest scop, ea a întrerupt tratamentul.

Concluzia autoarei a fost că, departe de a confirma perspectiva kleiniană asupra isteriei, acest caz este un exemplu de eroare de diagnostic. Apariția unei psihoze anulează supoziția de isterie și conduce la ideea unei decompensări de structură non-nevrotică.

Un alt autor, A. Green, a susținut continuitatea nosografică între isterie și cazurile limită (2000), cu forme intermediare și cu o „intersecție” unde simptomele se suprapun. Dar isteria este mai bine delimitată decât stările „borderline” sau non-nevrotice, care se apropie mai mult de psihoze, de depresii, de perversiuni sau de structurile psihosomatice, spre care evoluează uneori. O diferență importantă între nevroza isterică și funcționarea non-nevrotică este legată de imago-ul matern : în vreme ce, în isterie, iubirea față de mamă este cel mult încărcată de ambivalență și resentiment (ceea ce face ca preocuparea pentru dorința maternă să fie contra-investită, așa ca în „visul soției măcelarului”), în cazurile limită, imago-ul matern este înfricoșător, împiedicând „detașabilitatea” subiectului (B. Rosenberg) și marcând în mod patologic, cu masochism și distructivitate, narcisismul acestuia.

2.2. Nevroza fobică

Începând cu 1895, Freud diferenția deja fobiile de obsesii. Fobiile descrise de el corespundeau însă mai multor categorii nosografice, de la nevroza de angoasă până la schizofrenie. Nevroza particulară care va consacra simptomul fobiei va fi pusă în evidență în 1922, odată cu „micul Hans”, și numită „isterie de angoasă”. Similitudinea de nume era justificată prin similitudinea mecanismului: atât în isterie, cât și în isteria de angoasă, era vorba de *refularea care separă afectul de reprezentare*. Diferența consta în aceea că libidoul, detașat de materialul patogen prin refulare, nu mai este convertit – deturnat de psihism spre corp – ci este *eliberat sub forma angoasei*. Aceasta (în general, afectul) este deplasată pe un obiect fobic, care se substituie obiectului original.

La micul Hans, calul ia locul tatălui, drept urmare copilul refuză să iasă în stradă, pentru a nu fi mușcat de un cal. Conflictul oedipian – gelozia față de un tată iubit, totuși – conduce la teama de pedeapsă, sub forma angoasei de castrare, ce se transformă în angoasă fobică. Deplasarea angoasei asupra animalului prezintă avantajul că băiatul își poate iubi tatăl în continuare iar, pe de altă parte, obiectul fobic este ușor de evitat. Agresivitatea lui Hans este proiectată asupra tatălui, apoi asupra calului.

În cazul nevrozei de angoasă, eșecul refulării conduce la mecanisme proiective, de deplasare, de figurare și simbolizare (obiecte și situații fobogene) care *externalizează, localizează și focalizează conflictul psihic în spațiul exterior*. Se instalează astfel o limită protectoare (ce corespunde cu primele diferențieri între sine și exterior) ce permite evitarea, dar și necesitatea prezenței, reale sau simbolice, a unui însoțitor contrafobic. Un asemenea însoțitor contrafobic reprezintă obiectul „bun”, menținut printr-un mecanism de clivaj între situația de pericol și situația protectoare.

Obiectul contrafobic reprezintă, cum a arătat H. Deutsch, părintele liniștitor din două puncte de vedere: pe de o parte, figura maternă de odinioară, a cărei prezență fizică reduce anxietatea și în același timp îl apără pe subiect de tentațiile sexuale inconștiente, pe de altă parte, părintele a cărui prezență este dovada că ura inconștientă a subiectului nu l-a distrus.

Cu toate măsurile de protecție, fragilitatea eului, care nu-i permite să facă față pe termen lung presiunii pulsionale, conduce la relativizarea și instabilitatea acestei localizări

exterioare a pericolului intern. Astfel, apare o extensie a procesului fobic și o restrângere a spațiului securizant, dimpreună cu o limitare funcțională. Investirea însoțitorului contrafobic se cere dublată de percepția sa în realitate, deoarece reprezentarea lui se vădește insuficientă. Angoasa de separare implicată în proces are efecte de dezorganizare (ca în fobiile școlare, de exemplu, ce corespund deseori și unei fobii față de activitatea de gândire însăși), fiind legată de inconstanța reprezentării unei *mame-holding*, obiect-suport (J. Grotstein), obiect-*atașament* (J. Bowlby).

Există un gradient privind nivelul de elaborare și simbolizare, care dă și gravitatea fobiei, corelativ cu natura angoasei implicate: de castrare, de separare, de persecuție, de prăbușire, de depersonalizare, de neantizare.

Cazul „Omului cu lupi”, considerat în prezent ca un caz-limită tipic, îl determinase pe Freud să reflecteze asupra raportului dintre fobia gravă și *psihoză*, apoi asupra raportului dintre nevroză, în general, și psihoză (1924). Dacă nevroza se caracterizează prin conservarea testării realității și a relației de obiect – cu prețul conflictului între eu, se și suprae -, psihoza se caracterizează printr-o regresie narcisică în care eul și se-ul se aliază în denegarea realității și excluderea obiectului. Aceasta l-a făcut pe Freud să utilizeze, o vreme, termenul de „nevroză narcisică” pentru psihoză.

Clinica fobiilor arată deseori, în special la bărbați, că angosta de castrare, dimpreună cu homosexualitatea pasivă a complexului Oedip inversat, produc fragilizarea sentimentului de identitate, cu trăiri de depersonalizare și derealizare, cu claustrofobie sau agorafobie și cu o teamă generală de pasivitate care produce sentimente de persecuție nespecifică.

Și la copii apare o diferență între fobiile grave și cele banale (corespunzătoare celei între teroarea nocturnă și visele de angostă), acestea din urmă transformându-se, în perioada de latență, în obsesii.

Este demn de remarcat faptul că simptomele fobice pot apărea în patologii diverse, inclusiv în cele non-nevrotice. Frecvente sunt fobiile obsedante sau obsesiile-fobii, care par să facă trecerea spre nevroza obsesională.

Obiectele fobogene sunt nenumărate, ceea ce i-a dat lui Freud prilejul să glumească pe socoteala încercării de a găsi tuturor fobiilor nume grecești. În general, fobia are rostul

de a organiza spațiul psihic în jurul unei limite *înăuntru/înafară*, dar semnificația exactă a unei fobii poate fi înțeleasă numai cunoscând istoria și fantasmele subiectului.

2.3. Nevroza obsesională

Așa cum sublinia Freud, nevroza obsesională nu diferă, „în punctul de plecare”, de isterie, ambele pornind din complexul Oedip și din angoasa de castrare. Diferența apare în natura regresiei.

Specificul acestui tip de nevroză este *regresia pulsională, în absența regresiei eului*, în confruntarea cu conflictul oedipian. Regresia are loc spre fixații anale, spre problematica dominare/supunere, activitate/pasivitate sau retenție/expulzare, iar aceste cupluri determină comportamente conflictuale, între cruzime și delicatețe, între curățenie și murdărie, între ordine și dezordine etc. Apare relația de obiect sado-masochistă, ambivalența față de obiect îl ține pe acesta la distanță (fobia de contact), iar pulsunile parțiale sunt activate – voyeuriste, exhibiționiste sau epistemofilice.

Momentul decisiv în dezvoltarea nevrozei obsesionale este pubertatea, când este reluată dezvoltarea organizării genitale și, odată cu ea, reapariția în forță a impulsurilor agresive, lucru ce conduce la presiuni ale dorinței erotice sub forma unor intenții distructive. Supraeul, devenit deosebit de sever între timp, respinge sexualitatea cu atât mai mult cu cât ea apare sub această formă agresivă. Astfel, conflictul se agravează în ambele aspecte: instanța care apără este intransigentă, iar pulsunile împotriva cărora este necesară apărarea, sunt și mai puternice.

A. Green (1964) a comparat isteria și nevroza obsesională: isteria ar reprezenta domeniul lui Eros, al transferului și al Oedip-ului pozitiv, ca și al bisexualității. Dimpotrivă, nevroza obsesională ar fi de domeniul regresiei anale, al sadismului, al Oedip-ului negativ, al sexualizării gândirii dominate de narcisism. În ambele există un „prea mult”. Astfel, în isterie se „ trăiește ” prea mult, pe când în nevroza obsesională se „ înțelege ” prea mult.

Apărările pot fi de mai multe tipuri:

a) *primare* (cu păstrarea capacității de simbolizare, permițând, în perioada de latență, activitatea școlară):

- formațiuni reacționale – aceasta este rareori eficace, având loc permanent o luptă între formațiunea reacțională și impulsul care o produce;

- deplasarea – deplasarea afectului asupra unor reprezentări mai mult sau mai puțin îndepărtate de conflictul original, dar și deplasarea din simptomul însuși: conflictul este transpus în detalii aparent fără sens (pacientul jucător de șah, care pierde ore întregi în fața dilemei: trebuie să folosească mai ales strategia sau mai ales tactica?);

- anularea retroactivă – obligația de a face contrariul a ceea ce făcuse; acest tip de apărare este ilustrat de compulsia la spălare, care anulează actul „murdar”;

- izolarea – deconectarea unui gând sau comportament de restul existenței sau de alte gânduri, modalitate care trimite la un mod arhaic de apărare: interdicția de a atinge. Izolarea, atunci când reprezintă modul privilegiat al eului de a orienta gândirea, constituie una dintre principalele rezistențe din cura psihanalitică.

b) *secundare*, mai grave, caracterizate prin compulsii. Cele din urmă produc ritualuri și verificări repetate, în care sunt exprimate atât defensele cât și realizarea deghizată a actului interzis.

Laplanche și Pontalis au înlocuit termenul de „nevroză obsesională” cu cel de „nevroză de constrângere” tocmai pentru a scoate în evidență compulsia la repetiție, care l-a determinat pe Freud să conceapă existența pulsiiunii de moarte, dincolo de principiul plăcerii.

Un fenomen interesant este cel al regresiei topice a eului, *dinspre act spre gândire*, ceea ce conduce la percepția ideii ca echivalând cu actul în sine, dar și la erotizarea gândirii. Aceasta conduce la culpabilizări intense și autopuniții masochiste. Dimensiunea narcisică a regresiei presupune atotputernicia gândirii, având drept efect superstiții, credința în premoniții și în efectul magic al ideilor. Apar ritualuri în care regresia de la act la gândire se continuă cu regresia de la gândire la puterea magică a gestului ritual menit să anuleze retroactiv ideile sau faptele, adică să *inverseze scurgerea timpului*. Izolarea obsesională se caracterizează prin aceea că ideea este deconectată de contextul și afectele ei, iar contradicția este transformată într-o succesiune de două idei contrare.

Gândirea obsesională mai are drept caracteristică faptul că, în loc de investirea conținutului gândirii, apare investirea funcționării mentale însăși. Astfel, actul de a gândi se transformă în simptom, iar limbajul și gândirea tind să înlocuiască emoțiile. Este ca și

cum obiectul dorinței ar fi înlocuit cu dorința însăși (abstractizată), ceea ce trimite la aspectul de patologie narcisică din nevroza obsesională.

Caracterul „anal”, descris de Freud și Abraham, se definește prin grija exagerată pentru ordine, curățenie și economie, ca și prin încăpățănare. El se explică prin formațiuni reacționale ce contrainvestesc pulsuniile parțiale anale opuse, ca și printr-o relație de obiect sado-masochistă.

Uneori, nevroza obsesională reprezintă o organizare defensivă în fața unui nucleu psihotic (stare limită) propriu-zis, alteori, ritualurile au doar rolul de a contracara angoasa de dezintegrare, de dezorganizare, și trăirile de depersonalizare sau derealizare. După A. Green, poate fi vorba fie de o organizare regresivă în fața complexului Oedip, fie o organizare progresivă contra unei regresii majore – anale primare (paranoia) sau orale (melancolie sau schizofrenie). Abraham constatare, înaintea M. Klein, că la copilul psihotic, în perioadele dintre două crize maniaco-depresive, acesta are preponderent manifestări obsesionale, ca și cum obsesionalitatea ar fi singura cale defensivă de a ieși din psihoză.

Pe plan afectiv, cel care domină este sentimentul de culpabilitate. Eul se comportă față de supraeu ca, odinioară, față de educatori, supunându-se și revoltându-se, succesiv sau în același timp. Comportamentul poate fi chiar manifest, fie de „copil cuminte”, fie de „rău”. Rezultă o alternanță de acte pulsionale și punitive.

Cura analitică în nevroza obsesională

Pentru Freud, psihanaliza reprezenta tratamentul cel mai indicat în cazul acestui tip de afecțiune. Ilustrarea acestei opinii era „Omul cu șobolani”. Practica actuală însă scoate în evidență dificultăți particulare în a trata „fortăreața” apărărilor obsesionale.

S. Nacht a arătat că una dintre erorile tehnice este abordarea „frontală” a defenselor familiare subiectului. În consecință, el a recomandat analiza timpurie a trăsăturilor de caracter și privilegierea problematicei oedipiene, în detrimentul elementelor sadomasochiste, în care pacientul obsesional este „expert”.

2.4. Nevrozele și tratamentul psihanalitic

Acesta este indicat în mod particular pentru nevrozele *simptomatice*, în vreme ce *caracterul nevrotic* poate fi tratat cu succes doar în condiții de cură foarte *îndelungată* - lucru care înseamnă, pe de o parte, conștientizare a suferinței și a nevoii de ajutor, iar pe de altă parte, resurse pentru *transfer*.

Procesul psihanalitic pune în evidență modul de apariție și dispariție a simptomelor, ca și transformarea conflictelor intrapsihice și a structurilor ce le determină, în condițiile actualizării transferențiale susținute de cadrul și metoda analitice.

Astăzi, nevrozele se manifestă prin unele aspecte simptomatice diferite de cele descrise de autorii clasici, dar structurile nevrotice sunt aceleași. Totuși, îmbogățirea clinicii cu elemente ce evidențiază procese de externalizare, problematici narcisice și limită, face din structura nevrotică un reper al *funcționării evolute*, ba chiar al normalității. Începând cu a doua jumătate a secolului XX și continuând cu începutul acestui mileniu, multiplicarea cazurilor non-nevrotice, „borderline”, perverse, psihopate delicate sau a structurilor psihosomatice, i-a făcut pe clinicienii psihanalisti să considere orice patologie ca *punând la îndoială o funcționare nevrotică*.

Am putea adăuga criteriul cadrului și metodei psihanalitice. Nu orice patologie non-nevrotică este refractară cadrului analitic (necesitând amenajări, dintre care cea mai utilizată este psihoterapia psihanalitică „față în față”). Este însă cert că *intoleranța la cadrul psihanalitic* (frecvență crescută a ședințelor, poziționare pe divan) constituie indiciul unei funcționări non-nevrotice.

Referințe bibliografice

B. Brusset (1994), „Théorie du développement et paradigme de la névrose”, în *Traité de psychopathologie*, ed. D. Widlöcher, PUF, Paris, 1994.

S. Freud (1900), *Interpretarea viselor*, *Opere* 9, Ed. Trei, București, 2003, pp. 153-156.

S. Freud (1909), *Micul Hans (Analiza fobiei unui băiețel de cinci ani)*, *Opere* 2, Ed. Trei, București, 2000.

S. Freud (1924), „Névrose et psychose”, în *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1997.

S. Freud (1926), *Inhibiție, simptom, angoasă*, Opere 5, Ed. Trei, București, 2001.

S. Freud (1909), „Remarci asupra unui caz de nevroză obsesională”, în *Nevroză, psihoză, perversiune*, Opere 7, Ed. Trei, București, 2002.

L. Guttières-Green (2003), „Hystérie éternelle, encore et toujours”, în *RFP* 4/2003, Paris, PUF.

M. Klein (1932), *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 1959.

J. Laplanche, J.-B. Pontalis (1967), *Vocabularul psihanalizei*, Ed. Humanitas, București, 1994.

A. de Mijolla, S. de Mijolla-Mellor (ed.), *Psychanalyse*, Paris, PUF, 1996.

V. Dem. Zamfirescu (2003), *Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană*, Ed. Trei, București, 2003.

3. PSIHOZA

3.1. Teoria freudiană asupra psihozelor

Freud a demarcat psihozele prin existența unei perturbări primare în relația libidinală cu realitatea, majoritatea simptomelor manifeste fiind încercări secundare de restaurare a legăturii obiectale. Încă de la primele scrieri, el a făcut o diferență între paranoia și restul formelor psihopatologice, prin modalitatea ei particulară de apărare: eul scapă de reprezentarea intolerabilă „aruncând-o” în exterior printr-un fel de proiecție; odată conținutul respins înafară, el se întoarce, cumva similar cu „întoarcerea refutului” din nevroze, numai că din exterior, sub forma delirului.

Odată cu cazul „președintelui Schreber”, se conturează ideea acestei detașări a libidoului de lumea exterioară, concepută inițial ca „megalomanie”, apoi ca narcisism patologic, deoarece este vorba de o regresie la stadiul de narcisism. Doar gradul de regresie și modurile de a încerca vindecarea diferențiază:

- *demența precoce* - regresie „pură” la stadiul de autoerotism;
- *schizofrenie paranoidă* – luptă între tendința de a investi obiectul și tendința de întoarcere la autoerotism, cu încercare de vindecare prin reorientarea parțială a libidoului spre obiecte, această parte fixându-se în delirul dirijat contra dorinței de obiect proiectate;
- *paranoia* – partea de libido reorientată spre obiecte este mai importantă, cu specificarea că delirul este însoțit de neplăcere, fiind vorba de o homosexualitate neacceptată: „eu nu-l iubesc – eu îl urăsc – fiindcă *el mă persecută*” etc., cu inversarea afectului și proiecție.

Așadar, *ceea ce a fost abolit în interior revine din exterior*. În vreme ce, în nevroză, eul se supune exigențelor realității și supraeului, refulând revendicările pulsionale, în psihoză are loc o ruptură între eu și realitate. Rămas dominat de se, eul reconstruiește o nouă realitate, corespunzătoare dorințelor se-ului. Pentru aceasta, proiecția nu este suficientă și apare *expulzarea*, mecanism radical, numit de Lacan *forcludere*. Un asemenea

mecanism fusese intuit de Freud atunci când a scris despre denegarea realității, fie ea a castrării (în fetișism), fie ea a realității în totalitate (în psihoză).

În cadrul diferitelor conceptualizări ale stărilor psihotice, există tendința generală de a sublinia nu atât nivelul de funcționare „mental” al activității psihice, cât cel „perceptiv”, mai apropiat de punctul de pornire a instituirii capacității de *reprezentare*. Această preocupare vine, desigur, din încercarea de a explica formarea halucinației. Cercetările au condus, printre altele, la ideea că există o anumită doză de „halucinare homeopatică” în orice fenomen mental, care presupune automat utilizarea unor reprezentări. Acest lucru stă la baza faptului că reprezentarea nu este ceva „obiectiv” (fiecăune neuro-cognitivă), ci este „obiectală”, adică raportată la un obiect nu în mod direct, ci într-un mod complex și conflictual. Pe scurt, accesarea la mentalizare și la gândire presupune formarea de reprezentări care, la rândul lor, înseamnă un proces complex cu implicarea atât a percepției cât și a halucinației funcționale. Din nou, această perspectivă continuă viziunea freudiană: pe de o parte, în orice delir ar exista un sâmbure de realitate, pe de altă parte, în orice sentiment al realității ar fi implicat un amestec de percepție-halucinare, diferența rămânând doar *cantitativă*.

Amintim faptul că Freud s-a preocupat de modul de formare a reprezentărilor în psihism, pornind de la „înregistrarea” percepțiilor. El a împărțit (1900) reprezentările în reprezentări-lucru și reprezentări-cuvânt, primele fiind caracteristice inconștientului, iar cele din urmă, preconștientului (și singurele accesibile conștientului). Prima linie de înscriere a percepțiilor ar fi de ordin senzorial (vizual), fiind „prima” nu numai în sens cronologic; reprezentările-lucru sunt cele primordiale, și aceasta se leagă de principiul plăcerii – reinvestirea unei reprezentări-lucru care a produs plăcere; conștientizarea necesită trecerea prin reprezentările-cuvânt (verbale) din sistemul preconștient.

În scrierile freudiene, există astfel două serii de „refuz”, din partea subiectului, a realității la nivelul chiar a percepției:

a) lipsa sau refuzul *perceperii realității externe* (denegare, scotomizare), care conduce la clivajul eului în două părți, una care recunoaște realitatea respectivă, alta care o deneagă, așa ca în fetișism sau în organizări psihotice nedelirante;

b) lipsa sau refuzul *percepției interne* (forcludere, respingere, abolire), care conduce la proiecție înafară și reapariție a elementului abolit, în realitatea exteroceptivă –

fenomenele halucinatorii sau interpretările delirante. Tot în 1900, Freud contura deja un model al formării halucinației: modelul oniric, în care, fără participarea percepției, „gândurile sunt transformate în imagini”, prin regresie topică.

3.2. Teorii postfreudiene despre psihoză

În multitudinea teoriilor asupra psihozei care s-au născut în urma lui Freud, s-au conturat două mari direcții. Conform primeia, există un continuum între nevroză și psihoză, ambele funcționând după un același model dinamic. Cea mai cunoscută reprezentantă a sa este Melanie Klein. Conform celei de a doua direcții, modul de funcționare diferă fundamental în nevroză și în psihoză. Cel mai cunoscut reprezentant al său este Lacan.

3.2.1. Perspectiva kleiniană

Cea mai coerentă dintre toate, teoria M. Klein, continuând gândirea lui Abraham, se bazează pe jocul între două poziții fundamentale ale psihicului: poziția *schizo-paranoidă* și poziția *depresivă*. Prima se caracterizează prin confuzia înăuntru-înafară, susținută de mecanisme de apărare primitive – clivajul obiectului (sânul) în obiect bun și obiect rău, idealizarea, omnipotența, identificarea proiectivă. Angoasele sunt de natură persecutorie și provin din proiecția pulsuniilor distructive, invidia ocupă un loc central. Fixarea la această poziție poate conduce la schizofrenie sau paranoia.

Faza depresivă constituie un progres și este atinsă prin introiecția obiectului bun (mijloc de autoprotecție), ca și prin reunirea obiectului clivat în obiectul „întreg”, ceea ce înseamnă acceptarea ambivalenței subiectului (iubirea și ura față de un același obiect). Angoasa este de natură depresivă în sensul că obiectul, acum iubit și urât deopotrivă, se află în pericolul de a fi distrus de pulsunile sadice ale subiectului. Apărările împotriva angoasei sunt mai arhaice – maniacale -, sau mai evolute – reparația, inhibarea agresivității. Fixarea la această poziție, fără ca ea să fie depășită, poate conduce la psihoză maniaco-depresivă.

Așa cum am arătat deja în capitolul despre nevroze, M. Klein considera că orice nevroză se construiește pornind de la o psihoză, în scopul de a o depăși pe aceasta. Calea constă, în esență, într-o integrare tot mai avansată a realității interne și externe (sine, obiect, afecte, fantasme etc.) și evoluția de la preocuparea față de propria supraviețuire, la grija față de starea obiectului.

Ceea ce Klein a numit poziție schizo-paranoidă, alți autori au numit etapă *simbiotică* (M. Mahler) sau preobiectală, cea a universului nediferențiat ca sine-obiect. Diferența teoretică față de toți acești autori rămâne că, la Klein, nu există un stadiu narcisic, relațiile de obiect fiind prezente încă de la începutul vieții.

Problematica legăturii dintre percepție, capacitate de reprezentare și funcționare psihotică i-a preocupat și pe autorii care i-au urmat lui Freud, inclusiv pe M. Klein. Acest lucru reiese, de exemplu, din textul ei despre psihoterapia micului Dick, un băiețel psihotic de patru ani (1930). Ea arată cum inhibiția totală a micului său pacient provine din apărarea eului împotriva propriei lui agresivități (fantasma de intruziune în corpul matern și de atacare a obiectelor aflate acolo). Ea stabilește un lanț al cauzalității în *formarea simbolurilor*: fantasme sadice – angoasă – defensă prin raportarea atacului sadic la alte lucruri, care capătă astfel „caracterul unei reprezentări simbolice” – nouă angoasă, nouă extindere a fantasmei asupra altor lucruri etc, în acest fel lărgindu-se progresiv accesul la realitate.

În procesul terapeutic cu psihoticii, Klein considera că încearcă să ajungă la inconștientul pacientului prin contactarea rudimentelor vieții lui fantasmatică și a rudimentelor de simbolizare. Cu Dick, de pildă, ea numește trenul mare și trenul mic „tata” și „Dick”, iar atunci când Dick conduce trenul mic către ceva căruia îi spune „gară”, ea interpretează: „Gara este mama, Dick intră în mama”. V. Kapsambelis (2005) descrie metoda utilizată de Klein în termeni freudieni, astfel: Klein face o ipoteză asupra conținutului unei fantasme centrale, imposibil de elaborat; pornind de la acest ansamblu de reprezentări-lucru, ea organizează (atribuindu-i pacientului) o percepție vizuală, pe care o însoțește de o percepție acustico-verbală („tata”, „Dick”); astfel, ea stabilește un lanț care pleacă de la reprezentarea-lucru și ajunge la reprezentarea-cuvânt. Pacientul acționează apoi asupra realității perceptive astfel create, ceea ce îi dă terapeutei ocazia de a lansa noi reprezentări-cuvânt etc.

Acest proces terapeutic pare să se deruleze în sens invers decât cel al procesului analitic clasic, în care se trece progresiv de la discursul verbal la reprezentări-lucru, cu ajutorul reprezentărilor-cuvânt semnificative. Marea majoritate a psihanalizatorilor cu clinică a psihozei par să fi urmat linia teoretică kleiniană. Încă din 1950, Hanna Segal crează conceptul de „ecuație simbolică”: simbolul, în loc să reprezinte obiectul, se instituie el însuși ca fiind obiectul, punând bazele gândirii concrete a schizofrenului (1957). Acesta exprimă o relație duală, pe când simbolizarea reprezintă o relație cu trei termeni: lucrul simbolizat, simbolul și persoana pentru care unul îl reprezintă pe celălalt (obiect-simbol-eu). Francis Pasche (1971) a ilustrat simbolizarea prin metafora scutului lui Perseu: pentru a înfrunta Meduza, a cărei privire pietrifica, el și-a folosit scutul ca suprafață de reflexie.

3.2.2. Psihoza în viziunea lui W. Bion

Nu putem aminti punctele de vedere din școala kleiniană sau neo-kleiniană fără a ne opri asupra lui W. Bion care, deși continuator al M. Klein, a fost mai mult decât atât, îmbogățind mult teoria psihanalitică a psihozei și a funcționării generale a psihismului. El rămâne atât de important în gândirea psihanalitică, încât aproape că a creat o școală teoretică proprie (de exemplu, între psihanaliztii din Italia).

Și aici rămâne valabilă ideea pierderii („refulării”) realității în psihoză, cu specificarea că la origine se află acțiunea pulsionilor *destructive*. Sunt respinse astfel, prin „atacare” cu ură, atât realitatea externă cât și cea internă. Atacurile sunt direcționate, deasemenea, împotriva gândirii înseși, deoarece aceasta, dacă și-ar îndeplini în mod normal funcția de legare și sinteză a conținuturilor psihice, ar conduce la perceperea integrală a lumilor internă și externă, lucru resimțit ca periculos.

Fantasmele, ținute în echilibru la subiectul nevrotic, invadează întreaga viață psihică a psihoticului, sub diferite modalități: reprezentative (halucinații), cognitive și de limbaj (delir), somatice (interpretare a trăirilor corporale) etc.

În că din primele sale scrieri, Bion subliniază caracterul arhaic al utilizării limbajului în schizofrenie, în raport cu mecanismele primitive ale funcționării mentale: pacientul utilizează cuvintele ca și cum ar fi lucruri sau părți clivate din el însuși, pe care le „trimite cu forță” în interiorul analistului (1953). Pentru schizofren, principala amenințare internă este conștientizarea, drept urmare capacitatea aceasta este „fragmentată și expulzată

prin *identificare proiectivă*". Cum conștientizarea ține de folosirea reprezentărilor-cuvânt, înseamnă că degradarea capacității de conștientizare afectează gândirea *verbală*. Prin expulzarea unor părți din aceasta, și lucrurile externe vor fi tratate ca și cum ar fi gânduri sau cuvinte! Aceasta explică mirarea pacientului de a constata că obiectele reale (luate drept idei) se supun legilor naturii și nu celor ale aparatului mental (1956). În concluzie, schizofrenul este capabil să trateze atât gândurile și cuvintele ca pe lucruri cât și invers, lucrurile ca pe gânduri sau cuvinte.

Bion a arătat că apariția gândirii verbale este legată de poziția depresivă, care aduce cu ea „catastrofa”, durerea din depresie. Atacul asupra capacității de a gândi îl „scutește” astfel, pe psihotic, de vicisitudinile conștientizării dependenței de obiectele sale.

Green va completa această viziune cu ideea sa de „halucinație negativă” a obiectului, adică de degradare a obiectului până la negarea existenței lui. Fenomenul poate avea loc și relativ la sine. Ambele conduc la temuta angoasă de anihilare.

Există un element teoretic important în discuția despre statutul obiectului în psihoză. Spre deosebire de teoria bioniană a atacurilor asupra gândirii, teoria unei autoare ca P. Aulagnier (1975) susține că *dezinvestirea obiectului* este altceva decât „atacul împotriva legării”: este vorba doar de o retragere a investirii libidinale. Dacă ținem seama de ambele modalități prin care subiectul se poate „debarasa” de obiect, obținem o origine dublă a psihozei, cea a conflictului cu obiectul, pe de o parte, și cea a imposibilității de a-i tolera prezența, pe de altă parte.

O asemenea viziune complexă este dăătoare de speranță cu privire la actul terapeutic: dacă distrugerea fantasmatică a obiectului pare ireversibilă, dezinvestirea lui, la care reflectase și Freud (1907), pare să lase loc mișcării inverse, de reinvestire.

3.2.3. Teorii centrate pe discontinuitatea dintre nevroză și psihoză

Încă din 1919, V. Tausk a văzut fenomenul delirant ca fiind o reprezentare figurată a unor fenomene ce au avut loc *înaintea formării mijloacelor de exprimare*. Mecanismele psihotice descrise de Klein ar fi, în această perspectivă, niște consecințe ale narcisismului originar, când subiectul își percepea propriul corp ca aparținând lumii exterioare. Tausk a ilustrat acest lucru prin cazul unei paciente care se simțea persecutată de propriul corp proiectat în exterior, pe care îl resimțea ca pe o „mașină de influență”. Cu toate acestea,

autorul nu formulează nici o ipoteză privind cauzele fixării subiectului la această etapă din dezvoltare.

P. Federn, deasemenea, a scos în evidență particularitățile eului psihotic, în special aspectul de pierdere a limitelor eului. Dându-i dreptate lui Freud, el consideră că abordarea psihozei trebuie să fie opusă celei a nevrozei. În clinică, aceasta se traduce prin încercarea „de a crea re-refularea”, în loc de eliberarea refulatului (1943). De aici, rezultă riscul ca o analiză clasică și regresia corespunzătoare să reactiveze, uneori, o psihoză latentă. De altfel, construcția teoretică a etilogiei psihozei (considerată a se raporta la momentul debutului timpului psihic și a existenței individului) se lovește de faptul că pacienții psihotici au o mare dificultate în a tolera regresia. Orice mișcare regredientă conține, pentru ei, atracția către un „nelimitat” care, în absența reperelor și a cauzalității, conduce la haos, la dezorganizare (L.Abensour, 2007). Problema se vădește delicată, dacă ținem seama de orientarea de principiu a psihanalizei clinice, exprimată atât de clar de Winnicott: ceea ce poate face analistul este să-i ofere pacientului său o fiabilitate care să-i permită acestuia să-și dezorganizeze apărările în fața imprevizibilului; în aceste condiții, subiectul va înceta să fie invulnerabil și va putea suferi...

3.2.4. Concepția lacaniană

Lacan se înscrie și el în curentul conform căruia există un *hiatus* între funcționarea nevrotică și cea psihotică, corespunzător unui deficit fundamental, ce împiedică accesul la planul simbolic. Acest deficit este produs de „forcluderea” (respingerea radicală, expluzarea) Numelui Tatălui, adică a autorității care separă psihic copilul de mama sa, permițându-i accesul la metafora paternă, la registrul simbolic al limbajului.

Forcluderea poate proveni din faptul că mama, în fața copilului ei, nu-i atribuie discursului tatălui funcția paternă, necesară instituirii „cuvântului legii”. Acest lucru îl lasă pe copil pradă unei relații materne *duale*, arhaice, care îl va împiedica să se simtă recunoscut în existența și devenirea sa personale.

Această perspectivă exclude orice abordare a psihozei în registrul interpretării verbale, deoarece pacientul nu ar avea mijloacele necesare pentru a beneficia de ea. Astfel, este pusă în evidență o lipsă a unei dimensiuni esențiale în relația cu celălalt. Hiatusul

presupus a exista între nevroză și psihoză are drept corespondent „ruptura” dintre paranoic sau schizofren, pe de o parte, și cei cu care încearcă acesta să comunice, pe de altă parte.

La nivelul strategiei terapeutice, o asemenea teorie se vedește pesimistă, deoarece ea nu oferă și calea pentru restaurarea deficitului structural menționat.

„Falia” presupusă între funcționarea nevrotică și cea psihotică este una teoretică, de structură. Ea trimite însă cu gândul la *trăirea* subiectului psihotic. L. Abensour descrie trăirile unuia dintre pacienții ei care, după numeroase ședințe dominate de confuzie, își exprima teama că, dacă se va gândi la părinții lui, va fi „înghițit, aspirat, va dispărea în golul” care există între ei (2007).

Psihoza adultă intervine, cel mai adesea, la ieșirea din adolescență, în momentul reactivării conflictului dintre pulsunile sexuale și Eu, odată cu transformările corporale și cu confruntarea cu sexualitatea manifestă. Atunci se manifestă fie falia creată într-un spațiu-timp originare – descrisă de Winnicott –, fie o ruptură actuală, care îi produce pacientului o angoasă de aneantizare nemaiîncercată până atunci, aceea de a cădea în abis. Apare atunci dificila sarcină de a exprima ceva ce ține de *absența* legăturii, a temporalității, a istoriei unui pacient care nu trăiește decât în actualitate și care, deși își resimte problema ca ținând de „neant”, de „abis” sau de „gol”, ne face să ne gândim nu la o gândire vidă, ci dimpotrivă, la o gândire invadată de „prea mult”. Așadar, ideea de deficit se întâlnește, în încercarea teoretizării psihozei, cu ideea de *efracție traumatică*, dezorganizatoare, și cu aceea de *intensitate pulsională*.

3.2.5. Anturajul real din istoria subiectului

Bion se exprimă foarte clar asupra influenței anturajului în predispoziția la psihoză: pe de o parte, există o „dotare” înăscută a subiectului cu privire la pulsunile distructive, pe de altă parte, mama (sau persoana care îl are în grijă) este mai mult sau mai puțin capabilă de „*reverie*”, adică de un mecanism de metabolizare a emoțiilor intolerabile ale copilului, emoții pe care să i le returneze într-o formă „digerabilă” acestuia.

H. Searles arată că nu realitatea este cea pe care psihoticul o urăște, deoarece el nu a întâlnit-o niciodată, în condițiile în care nu a fost lăsat de relația simbiotică avută cu părinții – fiind invadat de psihismul acestora, nu s-a putut constitui ca individ, așadar nu și-

a putut constitui nici un adevărat „exterior”. Cu toate acestea, ipoteza dublei origini în patologia psihotică nu se confundă cu abordarea antipsihiatrică, în care psihoza era efectul direct al patologiei familiale.

Consecința acestei ipoteze în terapia psihanalitică este că analistul va lua în considerare nu numai afectele proiectate asupra sa de către pacient (gândirea kleiniană), ci și faptul că această proiecție corespunde cu perceperea unor atribute reale ale mamei, în trecutul timpuriu (preobiectal) al pacientului. Aceasta înseamnă o dublă mișcare, de identificare-dezidentificare a analistului cu „sistemul” subiect-obiect de odinioară, dimpreună cu seducția, respingerea, ura și dominația implicate în ceea ce se repetă în cură, înainte de a putea fi înțeles și modificat. Altfel spus, apare necesitatea ca psihanalistul să-și asume, în contratransfer, realitatea efectului patogen al obiectului din trecutul subiectului.

În prezența unui obiect matern fie intolerabil de excitant, seductiv și dominator, fie intolerabil de absent, retras în depresie sau rănit narcisic, subiectul se poate găsi în fața unei singure soluții: dezinvestirea sau distrugerea lumii, apoi încercarea de a-și crea o alta.

3.2.6. Depresia

În cadrul registrului general depresiv, *melancholia* acoperă zona psihotică a acestuia. Esența constă în *pierderea obiectului*. Așa cum arăta Freud în 1917, manifestările cuprind suspendarea interesului față de lumea externă, a capacității de a iubi și a stimei de sine, mergându-se până la așteptarea delirantă a pedepsei. Manifestările sunt aceleași cu ale *doliului* (proces prin care subiectul reușește, încet-încet, să se desprindă de obiect), cu excepția problematicii privind stima de sine. Diferența provine din aceea că, dacă în cazul doliului, pierderea obiectului pustiește lumea exterioară, în cazul melancoliei, vidul cuprinde eul însuși.

„Umbra obiectului s-a lăsat peste Eu”, scria Freud în „Doliu și melancolie”. Autoreproșurile sunt de fapt reproșuri destinate obiectului și întoarse împotriva sinelui, iar severitatea supraeului dă măsura urii față de obiect. A avut loc o identificare narcisică cu obiectul, iar patologia narcisică din melancolie l-a determinat pe Freud să trateze separat această psihoză (pe care a numit-o „nevroză narcisică”).

Și în acest caz are loc o „refulare a realității”, dar ea nu este la fel de masivă ca în alte psihoze; în plus, respingerea realității este o consecință a pierderii obiectului, iar nu invers.

Opusul melancoliei este *mania*. După M. Klein, aceasta reprezintă o apărare atât împotriva melancoliei, cât și împotriva paranoiei. Mania se evidențiază prin sentimentul de omnipotență care deneagă pierderea, prin triumful eului asupra obiectelor și al pulsionilor erotice asupra celor distructive.

Problema care apare se referă la modul cum gestionează subiectul pierderea obiectului. Această problemă este comună melancoliei și depresiilor nepsihotice, lucru constatat clinic, dincolo de diferențele cantitative sau calitative. *Pierderea obiectului poate fi reală, fizică sau afectivă, dar și fantasmatică, în registrul narcisic al decepției.*

Conform modelului schițat de melancolie, pierderea este însoțită de ura împotriva obiectului. În acest punct, teoria psihanalitică se bifurează. Una dintre direcții este propusă de M. Klein, cu soluția *reparației* fantasmatică a obiectului deteriorat de pulsunile sadice ale subiectului. Cealaltă direcție propune imaginea obiectului care *supraviețuiește* „ucidării” sale de către subiect. Într-un fel sau altul, soluționarea problemei transformă angoasa de pierdere a obiectului (și, la extremă, prin identificare narcisică, de anihilare a sinelui) într-o angoasă de castrare, oedipiană. Depresia, prin paralizia ei psihică, aduce problema conjugării psihoterapiei sau psihanalizei cu medicația psihotropă.

3.2.7. Abordarea psihozei în clinica psihanalitică

În 1917, **Freud** era convins că psihoticilor nu li se poate aplica metoda psihanalitică, deoarece, în cazul lor, nu apare „fenomenul de transfer” (*Introducere în psihanaliză*). Peste ani, pesimismul său s-a moderat, permițându-i să întrevadă, în 1938, că psihanaliștii vor putea aborda psihoza, doar că, pentru aceasta, va fi nevoie de o altă metodă, „mai satisfăcătoare” (*Scurt tratat de psihanaliză*). Cu alte cuvinte, el nu și-a schimbat părerea privind caracterul nepotrivit al dispozitivului clasic psihanalitic în cazul psihozei.

Privind spre istoria psihanalizei de atunci încolo, vedem că, pe de o parte, studiul psihozei a îmbogățit enorm teoria (asupra noțiunilor ca clivajul, proiecția sau pulsunea morții), iar pe de altă parte, fără ca el să confirme necesitatea unei alte metode, a adus

informații prețioase despre metoda psihanalitică însăși sau despre procesele pe care ea le presupune.

În primul rând, remarcă freudiană despre absența transferului la psihotici a fost infirmată. **Melanie Klein**, în principal, cu teoria sa despre prezența relației de obiect intern în însăși miezul stărilor narcisice, a arătat că acest lucru permite transferul, prin externalizarea relației interne. În al doilea rând, evoluția conceptului de *contratransfer* și utilizarea lui în cură au condus la posibilitatea, din partea analistului, de a tolera și a elabora transferul *negativ*.

Remarcabilă s-a arătat contribuția lui **Harold Searles**, atât în susținerea atitudinii analitice clasice, chiar în analiza schizofreniei (păstrarea cadrului, abordare preponderent investigativă), cât și în explicitarea mecanismelor subtile ce intervin în comunicarea pacient-analist. El a arătat, de pildă, modul în care teama analistului față de ostilitatea pacientului său, sau față de propria sa ostilitate, îl poate determina pe analist să funcționeze exact în modul indulgento-sufocant în care, odinioară, a funcționat mama pacientului, nefăcând decât să repete o experiență patogenă (1955).

Tot el este acela care a propus imaginea terapeutului care, prin identificare cu pacientul său, se „scufundă” în universul delirant al schizofreniei, permițându-i astfel pacientului să aibă acces la realitatea psihică sănătoasă a analistului și să se identifice cu ea. Credem că toate aceste subtile fenomene, detectate de Searles în psihoză, sunt prezente și în cura altor categorii nosografice, inclusiv în cea nevrotică, diferența fiind una cantitativă. Desigur, o asemenea supoziție o presupune pe aceea a existenței unui continuum funcțional între nevroză și psihoză.

O contribuție la fel de importantă în studiul clinic al psihozelor este, cum am arătat deja, cea a lui **Bion**. Abordarea bioniană, dincolo de o aceeași importanță acordată menținerii metodei psihanalitice, diferă de cea a lui Searles astfel: fie vorba, de exemplu, de un sentiment de invidie distructivă la pacient, proiectat asupra analistului, sentiment care necesită o elaborare, pe moment dificil de atins. Dacă Searles considera că, înainte ca pacientul să poată percepe în el însuși acest sentiment, are nevoie să-l detecteze în analist, într-un mod asumat de aceasta din urmă, Bion considera suficient să-i interpreteze pacientului identificarea proiectivă, adică modul în care acesta a plasat în analist sentimentul lui de invidie distructivă. Când privește metoda psihanalitică, el a arătat că,

departe de a căuta o alta, mai „potrivită” pentru psihotici, indicația și dificultatea constă în a găsi *un mijloc de a păstra esența metodei psihanalitice*, în asemenea condiții potrivnice. El cita cuvintele unui general, care afirmase că, pentru a fi general, nu e nevoie să fii prea inteligent; totul este să te poți folosi de inteligența care-ți mai rămâne atunci când începe bombardamentul.

Interpretarea. O dificultate majoră în cura psihozei o reprezintă modalitatea *preverbală* de comunicare, care se poate chiar opune celei verbale, o poate contrazice (cum se întâmplă, de pildă, atunci când vocea nu se potrivește cu conținutul enunțat). De aici, *interpretarea*, calea principală de comunicare din analiza nevrozelor, devine problematică. Pacientul poate să nu țină seama de conținutul ei verbal, ci mai curând de modul în care este enunțată și de contextul ales de analist. În aceste condiții, exemplifică Searles, o interpretare prost plasată capătă valoarea unei „lovituri fizice”. Orice eroare din partea analistului are consecințe mult mai ample, fiind atribuită nu greșelii, ci relei credințe sau nepăsării (Rosenfeld, 1987), deoarece psihanalistul este perceput ca „omnipotent”.

Așa cum remarcă Sophie de Mijola-Mellor în literatura despre psihoze, prudența cere ca interpretarea să conțină puține cuvinte, deoarece un schizofren, predispus în general spre a cădea în confuzie, poate fi atent doar la primele trei-patru cuvinte ale unei fraze (2001).

Din nou, ridicăm întrebarea: o asemenea indicație se rezumă la tratamentul psihanalitic al psihozei sau, de fapt, este o recomandare generală pentru intervențiile analitice, inclusiv cele din cura nevrozei? Nu cumva impactul crescut al interpretărilor de „dimensiune redusă” rămâne valabil pentru oricare altă organizare psihică? De pildă, în clinica psihanalitică, este evident faptul că o intervenție verbală „amplă” din partea analistului își pierde caracterul de interpretare și tinde să se transforme în „explicație”, adică își pierde calitatea de „dăătoare de sens, dezinteresată” și tinde să devină, în percepția pacientului, „ideologia personală a celui alt”. Riscul „explicațiilor” analitice constă în aceea că pacientul le primește, conștient sau inconștient, nu ca pe sensuri valabile pentru el, ci ca pe indicii ale dorinței analistului. Un asemenea risc a fost detectat mai degrabă în cura psihozei pentru că aici el este hipertrofiat de însăși severitatea patologiei, el existând la nevrotici într-o formă discretă. Încă o dată, paralelismul se bazează pe

măsu n în care cele două moduri de funcționare, nevrotică și psihică, se găsesc pe continuumul aceleiași scale.

Privitor la *interpretarea transferului*, ea pare să fie sau nu utilă în funcție de profunzimea disocierii pacientului, dar părerile sunt și aici împărțite. Dacă pacientul este mai atent la modul în care îi sună interpretarea decât la conținutul ei explicit, atunci analistul trebuie să aibă încrederea că interpretarea este bine fondată și să-i poată comunica acest lucru pacientului său – fapt care îi conferă interpretării o funcționare mai mult hipnotică decât dătătoare de sens (S. de Mijolla-Mellor, 2001).

Realitatea. În sfârșit, o altă discuție privește raportul dintre patologia psihotică și modul de abordare a *realității* în analiză. În cazul nevrozei (sau a unei funcționări psihice *preponderent* nevrotice), realitatea este pusă în paranteză, lăsându-se loc dezvoltării fantasmelor (realității psihice). În psihoză însă, delirul se exprimă ca o *neo-realitate*. Din experiența deceniilor de practică terapeutică, contestarea conținutului acestei neo-realități, din partea terapeutului, reprezintă o eroare evidentă, deoarece subiectul percepe această contestare ca pe o negare a propriei lui persoane. Atunci, care ar fi compromisul, ținând seama că, pentru pacientul delirant, realitatea se confundă cu reprezentarea (și interiorul cu exteriorul), iar „regula” aplicată nevrozelor poate întreține o asemenea confuzie? Se pare că diferența rămâne, din nou, una de „grad”: munca interpretativă a psihanalistului se poate rezuma, în mod prudent, la a pune la îndoială doar caracterul absolut al ideilor delirante, iar nu conținutul propriu-zis al acestora.

Un exemplu de intervenție discretă de acest gen ni-l oferă Piera Aulagnier (1984), în secvența următoare din „cazul Philippe”:

Philippe: - Am fost întotdeauna un copil singuratic, mă închideam mereu în mine însumi.

P. A.: - Sunteți sigur că aveți de ales?

Dacă explicităm interpretarea oferită, rezultă ideea că izolarea de care suferă subiectul ar fi putut fi unica „soluție”, pe care el a avut-o la îndemână, la acea vreme a copilăriei, pentru putea „supraviețui” psihic.

Înfara caracterului de „ușor decalaj”, al interpretării față de conținutul discursului psihotic, un alt important element îl constituie raportarea la trecutul subiectului. Enunțurile auto-istorice ale pacientului psihotic constituie un „reper indispensabil, care îi permit să regăsească un trecut până atunci exclus” (de Mijolla-Mellor). Este vorba tocmai de metoda psihanalitică. Cu toate acestea, dacă în câmpul nevrozelor rememorarea presupune conturarea fantasmelor și reviviscența afectelor, domeniul psihozei necesită căutarea *unei versiuni a realității mai bune decât cea construită prin delir*. Amintim că rostul delirului este de a amenaja o anumită realitate istorică, inacceptabilă în momentul respectiv.

3.2.8. Halucinația acustico-verbală

Am arătat că, în tratarea psihozei, majoritatea psihanalizatorilor au, implicit sau explicit, o strategie ce are ca punct de plecare nivelul reprezentării-lucru, încercând să aducă pacientul spre nivelul reprezentării-cuvânt, al gândirii verbale. Acest drum pare calea inversă a celui din psihanaliza nevrozelor, unde se înaintează progresiv de la gândirea verbală la conținuturile inconștiente, marcate de reprezentări-lucru (vizuale, în special). Baza teoretică a acestui demers este viziunea triadică asupra relației eu-obiect-simbol, capacitatea de simbolizare însemnând și posibilitatea gândirii verbale.

Există însă o observație în opera freudiană care introduce o nuanță în această logică. În 1915, în „Inconștientul”, Freud remarcă faptul că, la pacienții schizofrenici, reprezentarea-cuvânt poate deveni un „limbaj de organ”. În loc ca simbolul să reprezinte o legătură cu obiectul (cum se susține în general), în acest caz, reprezentările-cuvânt se formează prin *dezinvestirea obiectului* și retragerea în starea primitivă a narcisismului.

V. Kapsambelis preia această remarcă, pentru a cerceta mecanismul de apariție a halucinațiilor acustico-verbale și posibilitatea abordării lor terapeutice.

El descrie o secvență clinică în care pacienta sa în psihoterapie, o tânără de 25 de ani cu schizofrenie paranoidă, se întoarce după vacanța de peste vară, ca să înceapă a striga o bună parte din ședință că dorește să aibă un copil. Momentul se integra într-o perioadă de criză a terapiei și a ritmului ei obișnuit, mai ales că ideea de a avea un copil conducea la ideea de a întrerupe tratamentul medicamentos. Criza din terapie se datora, bănuia Kapsambelis, angoasei provocate de un început de individualizare.

La întrebarea terapeutului „Ce înseamnă o sarcină?”, pacienta răspunse pe un ton exaltat că este „o burtă mare ca asta”, întinzând mâinile în jurul abdomenului, pentru a-i arăta dimensiunea. Terapeutul, mimînd atunci gestul și vocea ei, continuă : „Vreau să fiu plin, vreau să fiu mare, vreau un copil!”, apoi adăugă, reluîndu-și vocea sa obișnuită : „De douăzeci de minute încoace, îmi tot spuneți ce spune burta dumneavoastră, ce spune mama dumneavoastră, tatăl dumneavoastră, infirmierele și chiar eu. Când o să-mi spuneți oare ce spuneți dumneavoastră?”. Imediat, pacienta s-a calmat, apoi a început să povestească despre vocile care îi vorbeau în cap, spunându-i că nu e bine să schimbe medicul, și despre oamenii de pe stradă care spuneau același lucru. După această ședință, pacienta și-a reluat terapia obișnuită.

Autorul explică faptul că, deși era conștient de sentimentul de abandon al pacientei ocazionat de vacanță, a ales să nu interpreteze transferul, deoarece a-i atrage atenția unui schizofren asupra importanței obiectului pentru el, înseamnă a-i crește angoasa, dat fiind că legătura cu obiectul este lucrul de care el se teme cel mai mult. Astfel, interpretarea de transfer poate conduce la ruperea legăturii terapeutice. Această viziune diferă de tradiția kleiniană a interpretărilor de transfer și se conformează tradiției franceze. În ședința prezentată, terapeutul alege, inspirându-se din psihodramă, să devină *burta* pacientei, vizual și verbal, înainte de a relua stilul narativ și a descrie pacientei ceea ce tocmai se întîmplase (în stilul M. Klein). El îi vorbește pacientei despre *relația ei cu o parte din ea însăși(burta)*, iar nu despre relația ei cu o persoană.

Kapsambelis arată că „limbajul de organ”, așa cum îi apare în clinică, exprimă un fel de „autoerotism steril” al pacientei, deoarece, în vreme ce gândirea verbală și legătura libidinală cu obiectele (sexualitatea) sunt dezinvestite, rămâne doar ceva ce seamănă cu o *pulsivitate de supraviețuire*: solipsismul organelor, inclusiv al „eului”. În acest sens, rezultă că halucinația, în momentul în care devine *acustico-verbală* (burta, urechile, corzile vocale care vorbesc), trimite la obiectul primar care îi vorbește subiectului, dovedindu-i *existența* separată. Tocmai de aceea, încercările terapeutilor debutanți de a infirma, în fața pacientului, realitatea halucinațiilor lor, produc reacții violente din partea acestora, ca și cum propria lor existență ar fi contestată astfel.

Referințe bibliografice

P. Federn (1943), *La psychologie du Moi et les psychoses*, Paris, PUF, 1979.

L. Abensour (2007), „L’attraction vers l’illimité: sensation océanique, psychose et temporalité”, în *Revue française de Psychanalyse* no. 4, pp. 1061-1076.

W. Bion (1953), „Notes sur la théorie de la schizophrénie”, în *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, pp. 29-42.

W. Bion (1956), „Le développement de la pensée schizophrénique”, în *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, pp. 43-50.

D. W. Winnicott (1963), „Spaima de prăbușire”, în *Spaima de prăbușire*, EFG, București, 2006.

S. Freud (1900), *Interpretarea viselor*, Opere 9, Ed. Trei, București, 2003.

S. Freud (1915), „Inconștientul”, în *Opere* 3, Ed. Trei, București, 2000.

S. Freud (1938), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1998.

M. Klein (1930), „L’importance de la formation du symbole dans le développement du moi”, în *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Paris, Payot, 1968.

V. Kapsambelis (2005), „L’hallucination est-elle une excitation externe?”, în *Revue française de Psychanalyse* no.1, p. 138-157.

A. de Mijolla, S. de Mijolla-Mellor, ed. (1996), *Psychanalyse*, Paris, PUF.

S. de Mijolla-Mellor (2001), „L’évolution de la pratique psychanalytique avec les patients psychotiques”, în A. De Mijolla ed., *Evolution de la clinique psychanalytique*, Bordeaux-le-Bouscat, Ed. L’Esprit du Temps, 2001, pp. 117-133.

H. Rosenfeld (1987), *Impasse et interprétation*, Paris, PUF, 1990.

H. Segal (1957), „Notes sur la formation du symbole”, în *Délire et créativité. Essais de psychanalyse clinique et théorique*, Paris, Ed. Des Femmes, 1987, pp. 93-120.

4. STARILE LIMITA (ORGANIZAREA LIMITA)

4.1. Perspectiva curentului psihanalizei franceze

Patologia *borderline* s-a vădit dificil de încadrat într-o categorie nosografică. Ea s-a conturat treptat, ca o necesitate practică, prin excluderea celorlalte categorii. Ceva ce apărea, în prezentările clinice, „la limita psihozei, dar nu tocmai psihoză” sau „la limita nevrozei, dar nu chiar nevroză”, a format în cele din urmă un domeniu al *instabilității* prin definiție (de unde calificativul francez de „stare”), marcat de *polimorfism simptomatic*.

Psihanaliza franceză a „profitat” de numeroasele discipii pe această temă, pentru a pune în discuție înseși reperele psihanalizei, în teorie și în practică, ba chiar pentru a se întreba dacă nu este momentul pentru o nouă paradigmă a psihanalizei.

Mai clar ne este ceea ce lipsește din funcționarea limită, decât ceea ce este prezent. Angoasa are altă natură decât angoasa psihotică de anihilare sau decât angoasa nevrotică de castrare, pedeapsă ori eșec. Ea pare mai mult o angoașă de *pierdere a obiectului*, de separare, de abandon. Uneori, chiar și această angoașă se prezintă ca o apărare împotriva unei alteia, încă și mai puternice: angoasa de *fuziune* cu obiectul. Din punct de vedere metapsihologic, Inconștientul pare să-și piardă din importanță în favoarea Eului, iar cea de a doua topică freudiană vine în primplan.

Simptomele de alură depresivă apar sub forma sentimentului de „vid” sau „plictiseală”. Inutilitatea, sterilitatea, lipsa de viață sunt prezente în mod conștient sau sunt denegate, „acoperite” cu activități lipsite de afect.

Green (1998) a descris modul în care o pacientă de-a sa, de altfel perfect adaptată vieții sociale și profesiei în timpul săptămânii, își petrecea week-end-urile stând nemișcată și privind în tavan.

Din acest exemplu reiese cum *clivajul* reprezintă una din defensele principale (clivaj al obiectului, al sinelui, al vieții în general), mijloc de protecție împotriva conflictului intern. Vidul apare uneori prin contrariul său, hiperactivitatea efervescentă.

Alături de simptome cu aparență nevrotică – conversie isterică, fobii – apar conduite marcate de dependența de celălalt sau adicții (drog, alcool), treceri la act în detrimentul fantasmării (inclusiv tentative de suicid), caracter haotic al vieții sexuale.

În relatarea analizei sale cu Winnicott, Margaret Little povestește un fragment petrecut într-una din primele ședințe: copleșită de sentimentul că nu va reuși niciodată să comunice cu analistul său și să se facă înțeleasă, pacienta a început să cerceteze cabinetul cu privirea, apoi a gândit următoarele: „Mi-a trecut prin minte să mă arunc pe fereastră, dar am simțit că el m-ar fi împiedicat. Apoi m-am gândit să-i arunc toate cărțile, însă, în cele din urmă, m-am repezit la o vază mare cu flori de liliac alb, pe care am spart-o și am călcat-o în picioare. El a ieșit ca săgeata din încăpere (...)”.

Să remarcăm în treacăt, că toate actele la care povestește Little că „s-a gândit”, nu s-au finalizat; atacul asupra vasei a avut loc fără „gânduri”.

A. Green – care remarcă faptul că acest tip de patologie nu evoluează niciodată într-o psihoză - a subliniat că modelul funcționării în stările limită este cel al *actului*: intoleranța la conflictele interne sau la reprezentarea unui obiect intern terifiant conduce la expulzarea, în exterior, sub forma actului, a tot ce poate însemna tensiune sau afect inacceptabile.

Contactul cu realitatea se păstrează, spre deosebire de psihoze. Trebuie specificat aici că *testarea realității* este definită ca fiind capacitatea de a diferenția sinele de non-sine, intrapsihicul de percepțiile externe, și de a evalua conținutul propriilor emoții, conduite și gânduri în cadrul normelor sociale obișnuite (Kernberg, 1989). Pierderea acestei capacități este altceva decât alterările din experiența subiectivă asupra realității (cum ar fi sentimentul de înstrăinare) sau de alterarea relației cu realitatea (conduită nepotrivită).

Existența experiențelor fuzionale exprimă o *lipsă de diferențiere subiect-obiect*, căreia îi corespunde o delimitare neclară a eului. Imago-ul matern apare, din această cauză, hipertrofiat și amenințător, iar imago-ul patern care ar avea rolul de diferențiator, deficient.

4.2. Viziunea lui H. Searles

Deși, în general, se consideră că nu este vorba despre pierderea simțului realității, există un autor care s-a aplecat asupra acestui aspect. Harold Searles (1958) a scris despre un tip de funcționare „borderline” apropiat de modul „autist” și prezentând un deficit privind testarea realității, atât externe cât și interne (inclusiv aceea privind identitatea). El găsește o similaritate cu ceea ce H. Deutsch numea „personalitatea *as if*”, personalitate care are un raport fals cu realitatea, adaptat în mod superficial, după o serie de figuri parentale având propriile lor realități subiective. Vedem bine, aici termenul de realitate are un sens subtil. Searles vorbește de „*pseudo-realitate*” și „*pseudo-identitate*”.

Problematica „borderline” este indisolubil legată de cea a relației de obiect. Dar dacă, pentru un nevrotic, problema este felul în care poate el să se relaționeze cu ceilalți, pentru un subiect „limită” problema este dacă să aibă sau nu o relație cu cineva (Searles, 1985). Cauza constă în pericolul, resimțit ca permanent, de a pierde sau de a se separa de obiectul respectiv. Amenințarea contrară, cea de a-și pierde propria identitate fragilă într-o relație interpersonală, este la fel de puternică. Teama de pierdere se leagă de incapacitatea de a simți durerea psihică, incapacitate disimulată uneori printr-o falsă afectivitate. Searles explică această incapacitate de a resimți durerea ca bazându-se nu doar pe dificultatea generală de a avea emoții, ci și pe credința inconștientă că plânsul este atât consecința, cât și *cauza* pierderii (morții) persoanei dragi.

Problematica trimite la imposibilitatea părinților subiectului, sau a unuia din părinți (mama), de a fi tolerat suferința și doliul în urma propriilor lor pierderi. De exemplu, mama care nu și-a plâns pierderea propriilor părinți „regăsește” în copil figura dispărută (realizează un transfer parental asupra copilului său), denegând astfel realitatea pierderii și împiedicându-l și pe el să o accepte. Una dintre apărările împotriva doliului/pierderii/separării constă în pierderea amintirilor dintr-o perioadă întinsă a copilăriei, însoțită de o discontinuitate în sentimentul de identitate. O asemenea uitare masivă ascunde nu doar suferința, ci și sentimente ostile (Searles, 1982).

Pe un plan mai general, formarea capacității reprezentative presupune tolerarea psihică a caracterului fundamental pierdut al obiectului (care, fiind separat de subiect, nu poate fi „luat în posesie” decât în mod simbolic). De aici, problematica „borderline” pare

să fie legată, deasemenea, de problematica *reprezentării*. Astfel, în cursul analizei, îmbunătățirea capacității de reprezentare presupune un proces de *doliu*, dimpreună cu un travaliu de separare-diferențiere subiect-obiect, adică de trasare a frontierelor eului.

Comment [CO1]: Bunătățirea capacității de reprezentare presupune un proces de

4.3. Teoria lui D. Winnicott

Winnicott a contribuit din plin la clarificarea modului în care îngrijirile materne, în forma lor „suficient de bună”, participă la constituirea entității psihice a subiectului, într-o perioadă în care bebelușul și mama sa sunt „unul și același”, ca și cum nu ar exista psihologic în mod separat. Astfel, apar ca fiind la fel de necesare ambele etape: cea de fuziune sau simbioză și cea de separare-individuare (M. Mahler, 1968).

Pe de altă parte, se evocă deseori funcționarea subiectului „borderline” într-o relație duală, opusă triadei oedipiene ce permite funcționarea nevrotică, mai evoluată. Se evocă, așadar, funcționarea psihică în coordonatele „2”, în loc de „3”. După cum observă însă J. André (1999), a funcționa în „2” în mod autentic înseamnă a te putea diferenția de celălalt, pe care să-l percepi ca pe o a doua persoană, ceea ce permite și capacitatea de a funcționa în „3” (capacitatea de triangulare). Ceea ce se numește „relație duală” este, în realitate, o relație narcisică, în „1” și nu în „2”. Dar nici aici lucrurile nu stau mai bine la subiectul „limită”, fiindcă sentimentul propriei identități și a propriei existențe este deseori amenințat. „A fi” se dovedește a fi condiționat de „a fi iubit” (a fi, a fi fost investit de către obiectul primar). Ca și cum subiectul nu poate fi „1” decât dacă a putut fi, odinioară, în „2”... Autorul citat arată că nu e rar ca, în istoria precoce a pacienților limită, să fi existat un moment de anorexie, ilustrând tendința de a confunda ingestia hranei cu încorporarea (introiecția) obiectului urât sau iubit.

Teoria stărilor limită accentuează dimensiunea traumatică legată de carența din relația cu obiectul primar, fie prin insuficiență propriuzisă, fie prin exces. Patologia narcisică apare și ea implicată. Particularitatea pozitivă a organizării „borderline” constă în existența sectoarelor psihice funcționale privitor la reprezentarea de sine, relația de obiect, capacitatea de identificare și un anumit spațiu tranzițional.

În scrierile lui Winnicott, termenul de „carență” se întâlnește, fără însă a depăși nivelul descriptiv, fără un statut metapsihologic. Noțiunea corespondentă care merită

elaborată este *impingement*(*impietare*), cu un sens apropiat opus: ceea ce pare, pentru un observator exterior, o carență, o lipsă, este de fapt, pentru bebeluș, un „prea mult”, o efracție, un traumatism, un atac. Acestei idei îi corespunde un imago matern hipertrofiat, care-l împiedică pe copil să-și formeze propria identitate, sau, pe plan narcisic, o mamă care își utilizează copilul, în mod inconștient, pentru a-și satisface propriile ei dorințe.

4.4. O. Kernberg și organizarea limită

O altă axă exploratorie a dat drept rezultat concepția, dominată de scrierile lui Otto Kernberg, conform căreia avem de a face cu o „organizare limită”, adică o patologie coerentă, cu specific relativ stabil, între nevroză și psihoză. În loc să pună accentul pe caracterul „negativ” al stărilor respective, el consideră că elementele „nici psihotice, nici nevrotice” sunt doar secundare și accentuează operațiile mentale *pozitive*, care dau o structură specifică. Pe de altă parte, dacă punctul de vedere focalizat pe deficit pune în evidență instabilitatea și caracterul tranzitoriu al stării limită, acest din urmă punct de vedere pune în evidență *permanența organizării limită*.

D. Widlöcher consideră că termenul de „organizare limită” nu se definește prin simptome, ci prin structura psihopatologică a gândirii (clivaj, identitate difuză etc.). Drept urmare, o asemenea structură poate fi detectată numai printr-o investigație clinică aprofundată, dintr-o perspectivă psihoanalitică. Așadar, un tablou clinic care, inițial, la o primă investigație, ne apare ca înfățișând alte categorii de tulburări de personalitate (isterică, narcisică, antisocială etc.), se poate „transforma”, în cursul procesului analitic, într-un tablou „limită”.

Kernberg include în această categorie personalitățile „as if”, cele denumite „schizoide” și, în general, toți pacienții care prezintă deformări severe ale eului. Autorul indică și un diagnostic diferențial. Pe un continuum psihopatologic care ar porni de la personalitatea de tip isteric (nivelul mai evoluat, nevrotic) și s-ar încheia cu personalitatea de tip narcisic (nivelul inferior, de funcționare arhaică), personalitatea „borderline” se situează la mijloc, corespunzător personalității „infantile”.

Perspectiva lui Kernberg se încadrează în teoria relației de obiect. Apărarea specifică este *clivajul* (separarea radicală a obiectelor internalizate, în „bune” și „rele”),

care disociază și eul, protejându-l de conflicte interne. Disocierea are avantajul că permite evitarea angoasei, dar reprezintă un obstacol în calea construirii unei identități stabile, ceea ce face ca *identitatea să fie difuză*. Sunt prezente aspecte paranoide, producătoare de cercuri vicioase: proiecția agresivității, urmată de reintroiecția reprezentării de obiect „răzbunătoare” etc, care nu fac decât să întărească clivajul și să slăbească eul. Evident, clivajul în bun-rău se corelează cu mecanismul idealizării primitive, idealizare care exclude sentimentul de recunoștință, conștientizarea agresivității sau a culpabilității, ca și orice altă preocupare față de obiect.

Apărările sunt toate, în general, primitive - rezultă că mecanismele proiective regresează la *identificare proiectivă*. Și mecanismul de *denegare* joacă un rol important, în special, așa cum remarcăm în clinică, denegarea maniacală a depresiei. Omnipotența versus devalorizarea corespund clivajului și prezența lor certifică apropierea, pe axa psihopatologică arătată, de polul *narcisic*.

Ca și A. Green, Kernberg remarcă, la un anumit grup de subiecți „borderline”, o suprafață socială funcțională, bine adaptată. El explică acest lucru prin faptul că subiectul, în urma frustrării față de obiectele externe, are tendința de a-și izola dorințele în fantasmă, unde găsește o satisfacție indirectă.

Etiologia se împarte, desigur, între factorii constituționali – toleranță scăzută la angoasă sau puternice pulsuni agresive – și mediul furnizor de frustrări precoce severe.

4.5. Stările limită și practica psihanalitică

4.5.1. Cadrul analitic.

Cadrul, el însuși metaforă a eului, este atacat în limitele lui. Problema este că tocmai acest tip de patologie necesită cel mai mult un cadru stabil, dacă ne gândim la formula lui Bleger: cadrul analitic este un fel de trasare (comportamentală) a limitelor eului pacientului, iar odată trasate aceste limite, eul pacientului se poate dezvolta acolo unde avea zone deficitare. Pentru aceasta, subiectul trebuie să se asigure că există „ceva” – nu doar „cineva”, analistul – care să conțină și să susțină părțile confuze din eul său.

Aparent paradoxal, pacientul *borderline* are dificultăți în a trata cadrul ca pe ceva stabilit (și, în virtutea stabilirii, ca pe ceva stabil), încercînd să-l integreze în însăși

dinamica procesului analitic. Numărul ședințelor, durata lor și, în general, modalitatea concretă de derulare a lor, inclusiv privitor la cine „hotărăște” că s-a încheiat ora, devin teme a căror negociere pare să nu se mai termine.

J. André oferă exemplul pacientei sale, care a fost surprinsă să conștientizeze faptul că, în urma vacanței de vară, nu trebuia să se reprogrameze, deoarece îi erau rezervate aceleași zile din săptămână, la aceleași ore. Analistul a văzut, în aceasta, surprinderea pacientei în fața posibilității continuității propriei existențe, în pofida separării fizice de obiect(1999).

J. André remarcă absența trimerilor la categoria „limită”, în scrierile lui Lacan. Cu umor, el propune explicația că „haosul” stărilor limită nu avea cum se manifesta acolo pe cont propriu (în clinica lui Lacan), de vreme ce însăși tehnica lacaniană nu era altceva decât punerea în scenă, repetitiv, a caracterului arbitrar din stabilirea cadrului (ședințele cu durată variabilă, durată hotărâtă, de fiecare dată, de analist).

4.5.2. Transferul.

În analiza cazurilor limită, acesta are un caracter particular.

În timpul regresiei din cură, pacienții nevrotici evidențiază un sine inconștient integrat, care se raportează la reprezentări de obiect, parentale, inconștiente dar coerente și ele. Acest lucru face ca transferul să apară într-o formă clară, asemănătoare cu relația dintre subiect și figurile parentale – o formă nemediată. Amintim că reactivarea transferențială a unei relații de obiect presupune un „cuplu” format din reprezentarea sinelui și reprezentarea de obiect, legate între ele printr-un afect.

În cazurile limită însă, transferul pare haotic, deoarece este marcat de apărări specifice, care presupun obiecte parțiale și un sine disociat, ca și afecte clivate. De exemplu, transferul poate să exprime relația cu un „obiect” ce reprezintă o combinație între figura maternă și cea paternă. Conflictele, care la nevrotic sunt refulate dar „întregi”, aici sunt exprimate ca stări diferite ale eului, datorită clivajului. Transferul trebuie uneori „dedus”.

În cursul supervizării unei psihanalize care trata tocmai un astfel de pacient, am constatat, împreună cu analistul, că figura tatălui pacientului rămânea vagă, amândurora fiindu-ne imposibil să ne-o reprezentăm în vreun fel, deși acest personaj apărea din timp în timp în discursul subiectului. Ulterior, acest fenomen de „ireprezentabilitate” s-a dovedit a fi fost rezultatul transferului de la acea dată: pacientul nu dezvoltase un transfer patern, ci un transfer „în oglindă”. Pentru o anumită perioadă, el se căuta pe sine în analist, în mod narcisic, reprezentarea tatălui fiind „dispersată” între reprezentarea de sine și dublura ei narcisică.

Amintim că, așa cum a teoretizat Freud, nevroza se transformă, în condițiile curei, în nevroză de transfer. Aceasta presupune actualizarea conflictului psihic, care poate fi astfel abordabil psihanalitic, și care se raportează mai mult sau mai puțin la constelația oedipiană. Tot acest fenomen prezintă o anumită istoricitate, iar derularea lui presupune un sfârșit, atât în plan simbolic cât și concret – încheierea analizei.

În cazul „borderline” însă, nu apare o nevroză de transfer, cu caracteristicile arătate, caracteristici care reprezintă „aliatul natural” al analizei în tratarea afecțiunii respective. Absența nevrozei de transfer și a istoricității sale înseamnă și absența istoricității în sine – adică început și sfârșit. Riscul care rezultă constă într-un prezent perpetuu.

(Să remarcăm, în treacăt, că lipsa istoricității este și o caracteristică a Inconștientului. În Inconștient nu există timp, spunea Freud. Să deducem, de aici, că patologia limită poate reprezenta domeniul, privilegiat pentru cercetarea psihanalitică, în care Inconștientul se manifestă mai clar decât în nevroză? Din punctul nostru de vedere, da).

Așa se explică – prin lipsa istoricității - fie caracterul interminabil al unor analize, fie întreruperea lor neașteptată. Ambele situații exprimă același lucru: imposibilitatea separării mentale a subiectului de obiectul său (André, 2002). Imposibilității separării îi corespunde caracterul insuportabil al absenței.

(Ne mai permitem o paranteză. Dacă clinica „borderline” scoate în evidență, în cadrul aceleiași problematici, atât lipsa derulării istorice a timpului, cât și lipsa separării psihice de obiect, oare cele două aspecte sunt legate între ele în mod direct? Dacă da, în ce fel? Unul se raportează la timp, celălalt se raportează la „spațiu”. Nu este locul și timpul

potrivit, dar merită continuată această deschidere cu o întreagă discuție despre relația dintre spațiu și timp în procesul psihanalitic).

De altfel, ideea de transfer în sine îi repugnă pacientului aflat într-o stare limită. „Transfer” înseamnă că relația cu psihanalistul constă într-o reeditare a unor alte relații, din alt timp, cu alte persoane semnificative din viața sa. Iar subiectul manifestă nevoia ca această relație actuală să fie recunoscută *ca reală*, unică, departe de orice repetiție, înafara istoriei sale resimțite ca traumatică. În fapt însă, trauma se amestecă întotdeauna „în conversație”, se repetă întotdeauna, mai devreme sau mai târziu, într-un fel sau altul. De vreme ce analistul nu apare *ca și cum* ar fi mama, tata etc., ci el *este* mama (una nouă dar reală în același timp, cea din trecut fiind astfel denegată), repetarea traumei este perfectă, căci tocmai aceasta este trăsătura ei – de a fi mereu „pentru prima oară”, cu un impact la fel de puternic.

„Tu ești mama mea”, i-a spus la plecare, o pacientă, Carolinei Thompson (2002). Natura confuză a transferului arată că obiectul transferului și obiectul din trecut nu sunt distincte. Transferul delirant înseamnă acel transfer în care ceea ce se reactualizează nu este relația obiectală, ci însăși *percepția* obiectului.

4.5.3. Interpretarea.

Interpretarea, în momentul în care devine semnul uni act de abandon din partea analistului (care, interpretând, tinde să se degajeze din situația afectivă duală), ne duce cu gândul la „sensibilitatea” psihotică. Interpretarea în registrul transferului – ce sugerează faptul repetiției având drept sursă psihismul subiectului – este ea însăși „interpretată” ca o respingere a realității percepției pacientului, echivalentă cu respingerea întregii sale persoane. În general, interpretarea – a vedea, dincolo de discurs, un alt sens, a sesiza că este vorba și despre altceva decât susține aparența discursului – riscă să rănească, din același motiv: pare să pună la îndoială „declarația oficială” a subiectului.

Ne apare astfel o implicație *narcisică* a respingerii interpretării. Pesemne că aceasta l-a determinat pe Bela Grunberger să elaboreze teoria sa despre *regresia narcisică*. El a remarcat că, de multe ori într-o psihanaliză, perioada de început – care se poate întinde, însă, în unele cazuri, chiar până la un an – se arată refractară la interpretări și, în general, la intervențiile analistului care sugerează existența lui (a analistului) separată ca persoană.

O altă cauză a dificultății de a primi și folosi interpretarea este deficitul în *funcționarea simbolică*. Funcționarea simbolică susține și activitatea reprezentativă și asociația liberă. Pentru toate, este nevoie ca „psihicul să se desprindă de modelul său organic și să devină metafora acestuia [creând astfel condițiile] alunecării simbolice de la o reprezentare la alta” (J. Andre, 1999, p. 11).

Însă interpretarea se află în centrul tratamentului psihanalitic. La extremă, absența ei permanentă echivalează cu dispariția caracterului psihanalitic al abordării terapeutice respective, care devine „altceva”, potrivit pentru un alt nume. În realitate, lucrurile se relativizează. Dacă este adevărat că, așa cum afirma M. Little în relatarea propriei analize, pacienții limită suferă de „insule psihotice” (ceea ce nu înseamnă că suferă de psihoză, care este mai organizată și al cărui simț al realității este clar afectat), aceasta înseamnă că și reciproca este valabilă: sunt prezente, la ei, „insule de sănătate”, ce pot fi exploatate în interesul întregului psihism.

Existența „insulelor de sănătate” constituie baza de la care s-a pornit, în reflecția psihanalizatorilor despre cum ar putea fi abordată, psihanalitic, o asemenea patologie. Însuși Winnicott, care se arată destul de „activ”, cel puțin în cura descrisă de M. Little, a fost preocupat de acest aspect. El pare să considere că scopul central al analistului devine nu doar analiza în sine, ca în cazul nevrozelor, ci și rezolvarea continuă a problemei *instalării condițiilor* necesare pentru analiză. Cu alte cuvinte, dacă în analiza nevrozei, odată instalate condițiile fizice și psihice necesare, nu se mai revine asupra lor, în cazul stărilor limită, aceste condiții trebuie reinstalate din timp în timp. Ca și cum caracterul „insular” al patologiei s-ar transmite analizei înseși.

Ceea ce contează mai mult decât interpretarea analistului este *participarea lui nonverbală*. R. Britton a detectat chiar o „scală” psihopatologică privitor la impactul interpretării: la un pol, se află tipul de personalitate „schizoid”, pentru care realitatea obiectivă (să spunem, cuvintele) eclipsează subiectivitatea, iar la celălalt pol se află tipul „borderline”, pentru care sensul se ascunde întotdeauna dincolo de cuvinte. În al doilea caz, originea fenomenului se presupune a fi localizată într-o perioadă din copilărie care precede achiziția limbajului verbal.

Din acest motiv, se pune deseori problema nu atât „ce” anume i se comunică verbal pacientului, cât „cum” i se comunică verbal. Searles arată cât de util este faptul de a prelua,

în formularea unei interpretări, termenii și tonalitatea afectivă a pacientului, cărora li se adaugă elaborarea analistului. El s-a inspirat din experiența lui C. Schultz, care observase cât de important era pentru pacienții lui schizofreni să le interpreteze spusele în sensul viziunii lor, iar nu în sensul viziunii analistului. Searles a adoptat metoda acestuia, deoarece a remarcat că, deși el folosea în interpretări cuvinte sinonime cu cuvintele folosite de pacienții săi, aceste sinonime îi bulversau deseori pe pacienți, drept dovadă că ele, de fapt, modificau sensul inițial (Searles, 1958). Searles a extins metoda la toți pacienții săi, fapt care susține afirmația sa:

„...orice psihanaliză aprofundată sau terapie psihanalitică intensivă ne confruntă cu fenomene limită, deoarece acestea fac parte din condiția umană” (Searles, 1986, p. 12).

Observația sa se alătură celei a M. Klein, relativ la, pe de o parte, continuitatea dintre funcționarea psihotică și cea nevrotică, iar pe de altă parte, coexistența nucleelor psihotice cu funcționarea nevrotică. Aceste observații au o importanță majoră pentru teoria tehnicii psihanalitice. De pildă, dacă, într-adevăr, în orice tip de funcționare psihică există, în fundal, fenomene „borderline”, analistul trebuie să fie conștient de impactul posibil al comunicării sale nonverbale asupra *tuturor* tipurilor de pacienți, inclusiv asupra celor nevrotici (receptivi la interpretările verbale).

4.5.4. Contratransferul.

Să amintim, pe scurt, ce înseamnă contratransferul: în sens larg și cel mai comod, el constă în atitudinile și sentimentele, conștiente sau nu, ale analistului față de pacientul său. Într-un sens restrâns, contratransferul este tot ceea ce transferul pacientului „produce”, ca reacție imediată sau în timp, în psihismul analistului.

Ținând seama de subtilitatea extremă a comunicării cu pacientul limită, travaliul interior al analistului trebuie să fie profund și îndelungat, înainte ca o anumită intervenție să producă un efect mutativ. De exemplu, în cazul unui pacient „avid” în a se ajusta la realitatea internă a celuilalt („as if” sau „sine fals”), analistul neatent îi poate „impune” pacientului, inconștient, propria sa realitate, care se va atașa superficial personalității subiectului, în loc să-l ajute să-și descopere propria lume internă. Cu alte cuvinte,

psihanaliza este pusă la încercare și din acest punct de vedere: în fața dificultății în a-i asigura pacientului condițiile pentru a-și re-crea personalitatea, apare tentația de a-l „învăța”.

Îl vom urma din nou pe H. Searles (1979), care a mers, poate, cel mai în profunzime cu reflecția analitică despre contratransferul în tratarea patologiei „borderline”. O primă chestiune se leagă de cadrul analitic și am relatat câte ceva în pasajul despre acest subiect. Am arătat dificultatea întâlnită, în general, cu privire la instalarea cadrului și menținerea lui pe parcursul analizei. Ei bine, Searles „rezolvă” această problemă abordând-o din perspectiva contratransferului. Iată ce susține el:

„...în legătură cu întrebarea dacă pacientul borderline trebuie sau nu sfătuit să se întindă pe divan, am constatat deja, de aproape treizeci de ani încoace că, în general, dacă analistul, odată aflat în spatele pacientului, nu se lasă cuprins de panică, această experiență nu-i provoacă panică nici pacientului” (1979, p.131).

Această posibilă panică se leagă, evident, de problema evoluției patologiei spre psihoză sau de teama pacientului că acest lucru s-ar întâmpla (în absența percepției vizuale asupra prezenței fizice a analistului). Amintim că, dacă ne raportăm la planul realității obiective, aceasta reprezintă o problemă controversată; un autor ca A. Green consideră, potrivit experienței sale, că o patologie de acest gen nu conduce niciodată la o psihoză. Este o discuție interesantă, legată, în definitiv, de semnificația termenului de „limită”, discuție pe care o vom avea cu un alt prilej.

Ca să revenim la contratransfer, eventuala teamă a analistului (conștientă sau inconștientă) de o psihoză se poate raporta la pacient sau la el însuși, ba chiar poate proveni dintr-o dorință – cea de a-l vedea pe pacient psihotic sau cea de a deveni el însuși psihotic – psihoza având, inconștient, semnificația de libertate totală, de înlăturare a tuturor interdicțiilor. Un asemenea „joc” al reflecției analitice rămâne valabil, teoretic, la toate situațiile, indiferent de conținutul lor cognitiv și afectiv. În cazul patologiei limită însă, Searles consideră că, în cursul terapiei, pacientul chiar are nevoie să dezvolte o psihoză de transfer, acesta fiind condiția unei bune derulări a procesului terapeutic. Mai mult, el găsește că însuși analistul trebuie să dezvolte un spațiu psihic propriu, corespunzător cu o

„psihoză borderline contratransferențială”, spațiu menținut, desigur, sub controlul reflecției analitice. De altfel, autorul își extinde această teorie și asupra clinicii nevrozei, propunând drept criteriu de analizabilitate capacitatea pacientului nevrotic de a-i produce analistului o „nevroză contratransferențială”. Ea se va transforma, în timp, într-o mai bună înțelegere a mecanismelor psihopatologice activate în analiză.

Să luăm, de exemplu, problematica separării, centrală pentru cazul de față. Cum această problematică nu a fost tranșată de pacientul limită, ea se va activa în analiză sub două forme principale: analistului i se va impune, prin intermediul transferului pacientului, fie un rol de mamă ”simbiotică”, fie chiar rolul inversat, de „sugar dependent” (Searles, 1979). Este evident că a doua ipostază (posibilă prin mecanismul de identificare proiectivă) prezintă cele mai mari dificultăți pentru analist.

În general, identitatea confuză a subiectului „borderline” îi poate impune analistului un rol resimțit ca straniu relativ la identitatea sa personală. Searles compară tipul de contratransfer din cazul nevrozei – rolul tatălui dominator, al mamei seducătoare sau masochiste etc. – cu tipul de contratransfer posibil aici: de pildă, a fi tratat de către pacient ca și cum nu există sau ca și cum ai fi un cadavru, ba chiar un fenomen al naturii sau un obiect neînsuflețit.

O altă situație „stranie” constă în semnificația pe care o poate căpăta limbajul verbal. Cuvintele devin echivalentul „tatălui” care se „amestecă” în relația simbiotică, nonverbală, dintre mamă și copil.

Spre deosebire de perspectiva clinică a lui O. Kernberg, Searles consideră că orice proces de *individuaire* (capacitatea sinelui de a funcționa separat de obiectul său) trebuie să treacă, în cursul analizei, printr-un proces de simbioză terapeutică, ce presupune înfruntarea și analiza tentației psihotice. Altfel, apare o falsă individuaire, atracția spre funcționarea psihotică rămâne dominantă, deși inconștientă, iar „alegerea” de a fi sănătos nu reprezintă decât o ajustare superficială, convențională, la exigențele lumii exterioare. În cadrul unui asemenea fenomen de simbioză analist-pacient, cel din urmă are nevoie ca analistul său să treacă el însuși prin anumite experiențe afective, înainte ca pacientul să poată, prin identificare cu analistul, integra afectele și fantasmele respective în propria sa funcționare psihică.

4.5.5. Specificitatea abordării terapeutice

În ce privește **regresia** pacientului, necesară procesului analitic, ea se vădește dificilă, iar Winnicott crede că mai ales din pricina rezistențelor analistului. Dovada acestor rezistențe din partea analistului ar fi frecvența „plângere” cum că asemenea pacienți sunt „dificili”, „insuportabili” etc. Autorul evocă, în glumă, faptul că pacienții aceștia, pentru a putea beneficia de regresia cu pricina, trebuie „să stea la coadă”, fiecare așteptând ca celălalt să „iasă” și să nu mai aibă atâta nevoie de analistul său, care ar avea o disponibilitate limitată pentru lucrul în condițiile regresiei profunde (M. Little, 1986).

După O. Kernberg, ceea ce el numește „organizare limită a personalității” necesită o *abordare terapeutică specifică*. Pe de altă parte, el consideră că acest tip de pacienți pot avea episoade psihotice pasagere, ceea ce, tradus în termenii clinicii psihanalitice, înseamnă posibilitatea apariției unei psihoze de transfer tranzitorii, cu pierderea simțului realității și idei delirante ce se limitează la *transfer* (1975), fără afectarea funcționării psihice înafara cadrului.

Autorul schițează elemente de **prognostic**, care pot fi detectate în cursul întrevederilor preliminare sau la începutul terapiei. De pildă, în timp ce prezența simptomelor nevrotice nu garantează neapărat un prognostic bun (ele pot fi prezente în orice patologie), absența simptomelor nevrotice indică un prognostic pesimist. Din perspectiva simptomelor nevrotice prezente, excepție face *angoasa*, a cărei existență constituie o bună indicație pentru terapia psihanalitică.

Una dintre primele discuții despre care îmi amintesc să o fi avut la începutul practicii, într-un grup de lucru, a fost despre o prezentare clinică a unui coleg care fusese frapat de modul cum pacienta (sau persoana care solicita o analiză) își freca mâinile încontinuu, în timp ce vorbea în cursul interviului preliminar. Dezbaterile s-au axat pe semnificația prognostică a acestui gest și pe întrebarea dacă „neliniștea comportamentală” măsoară severitatea angoasei. Am „descoperit” atunci, în cadrul reflecției grupului, faptul, aparent paradoxal, că era vorba de un semn exterior al unei bune toleranțe la angoasă (angoasa nu era atât de puternică încât să devină insuportabilă și să fie denegată), deci era un element de prognostic bun pentru analiză.

Pentru abordarea clinică a organizării limită, Kernberg a pus la punct un tip de terapie inspirată din psihanaliză, care păstrează principiile de bază – interpretare și neutralitate tehnică, dar care conține modificări privind instalarea **cadrlui**. Mai precis, dată fiind amenințarea trecerii la act a pacientului, terapeutul se vede nevoit, uneori, să devină activ tocmai pentru a instala sau a menține cadrul terapeutic, în interiorul căruia să reintegreze poziția de neutralitate.

Spre deosebire de psihanaliză, terapia are loc față în față, cu o frecvență de două sau trei ședințe pe săptămână (pe când analiza necesită de la trei până la cinci ședințe, pe divan). O altă deosebire privește natura interpretărilor, care sunt de tip „aici și acum” în cea mai mare parte a tratamentului, de abia în stadiile avansate fiind indicate interpretări genetice (asupra discursului despre „acolo și atunci”).

În intervențiile sale, terapeutul utilizează din plin **clarificarea** – invitația adresată pacientului, de a explora un material vag, misterios sau contradictoriu – pentru a înțelege el însuși despre ce este vorba, dar și pentru a vedea ce anume înțelege pacientul din ceea ce tocmai a exprimat.

De-a lungul anilor, în supervizările pe care le-am condus, am remarcat că clarificarea reprezintă una dintre dificultățile analiștilor care își încep practica. A cere pacientului să-și clarifice discursul înseamnă ca analistul să-i arate, implicit, că nu a înțeles ceea ce pacientul tocmai i-a spus, lucru care îl poate jena pe analist. Pentru aceasta, psihanalistului îi trebuie: pe de o parte, un narcisism suficient de solid (a arăta și a-și arăta sieși că are nevoie de pacient pentru a-l înțelege), pe de altă parte, două feluri de experiență – experiența grabei omnipotente de a înțelege și a-i arăta imediat subiectului „cum stau lucrurile” și experiența așteptării „în ignoranță” sau, cum spunea Bion, „fără memorie sau dorință”. Între acești doi poli temporali, clinicianul își va găsi ritmul care să îi permită o comunicare psihanalitică autentică, indiferent de tipurile de contratransfer care intervin pe parcursul terapiei. Dar și clarificările „exagerate” pot dăuna procesului analitic: o anumită anxietate, firească la începutul practicii, îl poate determina pe analist să îi ceară pacientului amănunte specifice despre discursul lui – de genul „persoana pe care ați visat-o era femeie sau bărbat?” -, fapt care îi creează

pacientului impresia că se dorește din partea sa un anumit curs al discuției și care fărâmițează asociația liberă.

Să revenim la indicațiile terapeutice ale lui Kernberg. Un alt punct important este confruntarea. Scopul ei este scoaterea în evidență a aspectelor conflictuale sau discordante din materialul pacientului. Iată un exemplu concret, oferit de autor, despre modul posibil de a interveni pentru a-l confrunta pe subiect cu propriul său discurs:

„Ați respins imediat – fără măcar să vă dați timpul să reflectați – toate remarcile mele din această ședință și, în același timp, spuneți încontinuu că nu obțineți nimic de la mine” (Kernberg, 1989, 1995, p. 17).

Aș comenta pe scurt și asupra acestui aspect, pentru a face o diferență în raport cu analiza nevrozelor în care, după mine, confruntarea prezintă un anumit risc dacă apare în perioada de început, când nu știm foarte bine în ce măsură avem de a face cu o funcționare limită.

Tentația confruntării este puternică la psihanalist atunci când acesta simte nevoia propriei coerențe mentale, dar și pe aceea de a-i arăta pacientului său că ține minte tot ce îi povestește acesta, deci că este atent și perspicace, deci că merită aprecierea pacientului. Problema apare atunci când este vorba de un pacient nevrotic. Acesta poate primi o confruntare ca pe un reproș din partea „supraeului”: nu este coerent, logic și armonios în discursul său, așadar trebuie să fie mai atent cum vorbește, cum gândește. O asemenea reacție afectivă nu face decât să întărească inhibiția, apărări ca raționalizarea și intelectualizarea, în general mecanismele rezistenței și tot ce subminează asociația liberă.

În linii mari, după Kernberg, analiza cazurilor limită trebuie să urmărească problema identității difuze și a tipurilor de relație de obiect, corespunzătoare sinelui clivat și obiectelor clivate. Se va pune accent pe clarificarea experiențelor subiective ale pacientului, ca și a semnificației lor inconștiente. Se vor analiza apărările primitive, tocmai

cele care slăbesc eul și simțul realității. Această cerință implică următoarea perspectivă teoretică asupra cauzei fragilității eului în organizarea limită: *apărările arhaice nu contribuie la susținerea eului, ci dimpotrivă, la menținerea fragilității lui*. Drept urmare, interpretarea lor eliberează eul de niște defense nocive. O asemenea teorie susține ferm indicația de terapie de orientare psihanalitică pentru acest tip de patologie.

Referințe bibliografice

- J. André (1999), „L’unique objet”, în *Les états limites*, Paris, PUF.
- J. André (2002), „Borderline transfert”, în *Transfert et états limites*, ed. J. André, C. Thompson, Paris, PUF, 2002.
- J. Bleger (1966), „Psychanalyse du cadre psychanalytique”, în R. Kæs et al., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1997.
- O. Kernberg (1975), *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1989.
- O. Kernberg, M.A. Selzer, H. W. Koenigsberg, A.C. Carr și A. H. Appelbaum (1989), *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*, Paris, PUF, 1995.
- O. Kernberg (1996), „Psihanaliza și psihoterapia psihanalitică a tulburărilor de personalitate”, în D. Widlöcher și A. Braconnier, *Psihanaliză și psihoterapii*, Ed. Trei, București, 2006.
- M. Little (1986), „Lorsque Winnicott travaille dans des zones où dominant les angoisses psychotiques – un compte-rendu personnel”, în *Transfert et états limites*, ed. J. André, C. Thompson, Paris, PUF, 2002.
- A. de Mijolla, S. de Mijolla-Mellor, ed. (1996), *Psychanalyse*, Paris, PUF.
- H. Searles (1958), „Techniques thérapeutiques”, în *Mon expérience des états-limites*, Paris, Gallimard, 1994.
- H. Searles (1982, 1985), „Separation et perte dans la thérapie psychanalytique des patients borderline”, în *Mon expérience des états-limites*, Paris, Gallimard, 1994.
- H. Searles (1979), „Le contre-transfert: un instrument pour comprendre et aider le patient”, în *Mon expérience des états-limites*, op. cit.

5. PERVERSIUNEA

Conform perspectivei nosografice a psihanalistei franceze Piera Aulagnier, stabilirea unei anumite organizări mentale presupune luarea în considerare a două axe: pe de o parte, comportamentul și personalitatea, iar pe de altă parte, măsura în care subiectul se află în contact cu el însuși și cu lumea. Din acest punct de vedere, pot exista trei posibilități de funcționare psihică – nevrotică, polimorfă și psihotică (1975, 1979). Figura paradigmatică a potențialului de funcționare polimorf ar fi perversiunea.

(Să remarcăm, în treacăt, că perversiunea ocupă în această clasificare locul pe care ne-am aștepta să-l ocupe funcționarea limită. Să existe oare aspecte comune între cele două organizări psihice? Aparent, nu. Problema rămâne deschisă).

Conform teoriei freudiene, perversiunile, deși heterogene ca formă, își au cauza în evitarea conflictului suscitată de diferența dintre sexe și de angoasa de castrare corespunzătoare, conflict evitat prin denegarea castrării. Copilul este un „pervers polimorf”, ale cărui pulsuni parțiale se vor integra la pubertate, sub influența complexului Oedip. În nevroză, aceste pulsuni sunt refulate, iar în psihoză, supuse mecanismului de forcludere, pentru a fi apoi regăsite sub forma halucinației. În cazul perversiunilor, mecanismul diferă, elementul central fiind *denegarea*, care furnizează un fel de „revoltă”, „sfidare” sau „triumf” asupra realității (interne și externe). În același timp, datorită mecanismului de clivaj, este ca și cum subiectul ar recunoaște și, în același timp, nu ar recunoaște realitatea.

5.1. Homosexualitatea

Să luăm homosexualitatea masculină, despre care Freud a scris în legătură cu Leonardo da Vinci. Homosexualul caută, în partenerul său, pe copilul ce-a fost el însuși odată, și îl iubește așa cum era el iubit de mamă în trecut. Are loc deci o identificare cu mama și o alegere de obiect narcisică (narcisism rănit prin fantasma de castrare). Factorii etiologici sunt constituționali și de mediu – seducția maternă, lipsa tatălui. Alte ipoteze iau în considerare puternica valorizare a organului genital masculin, care nu-i poate lipsi nici obiectului iubirii, sau gelozia față de frați (la bărbat)/surori (la femeie), care se transformă

din ură în iubire homosexuală. Freud leagă homosexualitatea de paranoia (unde persoana iubită devine persecutor) și de funcționarea socială (unde impulsurile agresive conduc la formațiune reacțională).

Homosexualitatea feminină este mai puțin clarificată. O ipoteză este decepția fiicei în timpul conflictului oedipian, față de tată; are loc o reorientare spre mama care, deși aleasă ca obiect al iubirii, rămâne obiectul unei relații ambivalente.

5.2. Fetișismul

Un alt tip de perversiune studiat încă din cercetările lui Freud este fetișismul, care constă în fixarea la un obiect material feminin ce devine condiția necesară în obținerea orgasmului. Aici, teoria freudiană este coerent axată pe mecanismul de denegare a castrării. Conform mai multor teorii psihanalitice, obiectul-fetiș simbolizează organul genital masculin (atribuit subiectului sau figurii materne), sânul (obiect parțial) raportat la traumatismul sevrajului, sau, în sens mai larg, obiectul supus în întregime puterii subiectului, obiect „devitalizat” utilizat și ca apărare împotriva fuziunii distructive cu obiectul „viu”.

5.3. Sadomasochismul

Ca perversiune sexuală, el implică suferința și umilirea, impuse cuiva sau suferite din partea cuiva, și folosite drept mijloace erogene în practicile sexuale. Ele presupun anumite fantasme (scenarii imaginare) – de exemplu, în cazul masochismului, a fi castrat, a naște, a fi penetrat etc. Există o variantă nesexuală, morală, a sado-masochismului, mai greu de decelat de către subiectul însuși, în special varianta masochistă, care se deduce din comportamentul său.

5.4. Legea simbolică și realitatea

În planul cel mai general, structura perversă poate fi înțeleasă pornind de la teoria lui Lacan, care tratează despre raportul subiectului cu legea simbolică. În familie, copilul se confruntă cu legea interdicției incestului (adică altceva care împiedică incestul, în plus față de insuficiența sexuală a copilului sau amenințarea cu castrarea), a cărei internalizare devine factor organizator al vieții psihice. Pentru a favoriza internalizarea legii, părinții

trebuie să se arate ei înșiși supuși acesteia, creând imaginea unui principiu (abstractizare) extins dincolo de o regulă singulară. Modul în care perversul privește legea, ca fiind derizorie și nelegitimă ea însăși, ba chiar violentă, își poate avea cauza într-o atitudine parentală „duplicitară” cu privire la lege; astfel, o mamă care aparent este interdictivă, dar în secret este seductivă, îi va crea copilului ocazia de a-și cliva imago-ul matern într-o variantă idealizată și o variantă sexuată, clivaj ce cultivă un altul, între acceptarea legii și desconsiderarea ei. În plus, dacă legea este percepută ca arbitrară și ca semn al violenței, perversul nu poate decât să i se opună, prin propria sa violență „legitimă”.

Dincolo de principiul legii, se ascunde însă cel al realității – diferența dintre sexe și dintre generații – și denegarea legii devine denegarea realității. A nu respecta „regula jocului” simbolizează, de fapt, „nesupunerea” în fața realității...O asemenea problemă ridică întrebarea dacă perversitatea, în acest sens general (cum ar fi, de pildă, abandonul copilului, care ar presupune transgresarea tabuului crimei), intră în același domeniu cu perversiunile sexuale. Dincolo de această întrebare, există părerea unanimă că actul pervers, exprimând totodată omnipotența narcisică a subiectului, îl apără în a-și recunoaște ura și violența față de obiect.

În perspectiva psihanalistei J. Chasseguet-Smirgel, transgresarea esențială din perversiune se referă la **diferențe** în general, fie ele în raport cu sexul cu generațiile, cu diferite părți ale corpului, fie că este vorba de diferența om-divinitate, viață-moarte. „Regula” perversiunii constă în uniformizare, în omogenizare și astfel, în distrugerea caracterului complex al lucrurilor, în reducția lor, dimpreună cu anularea puterii creatoare a părinților. Mai mult de atât, ștergerea diferențelor dintre sexe și dintre generații este sursa unei satisfacții legate de „ambiția de a lua locul Creatorului” sau *fantasma de auto-concepere* (Caillot, 2003). Pe de altă parte, sublimarea tendințelor perverse poate conduce la creativitate.

5.5. Perversiunea narcisică

P.-C. Racamier a scris despre ceea ce el a numit *perversiunea narcisică* (perversitate sau perversiune relațională), în care subiectul, pentru a evita confruntarea cu conflictele sale interne și cu sentimentele de pierdere, manipulează psihic obiectul și-l utilizează ca pe un instrument, pentru a se pune pe el însuși în valoare. Patologie durabilă

sau tranzitorie, perversiunea narcisică apare ca fiind extrema nevrozei de caracter, organizare psihopatologică asimptomatică și egosintonă sau care, am putea spune, induce „simptome” celor din jur, destinatarilor efectelor ei. Întâlnim aici o structură cu rol de apărare nu numai împotriva suferinței și furiei narcisice, ci și împotriva depersonalizării și psihozei – astfel, ea reprezintă un mod de „supraviețuire” psihică în detrimentul obiectului extern, care este redus la o funcție de receptacol inert al conflictelor și rănilor narcisice expulzate de subiect.

Perversiunea narcisică își evidențiază efectul distructiv în special în grupuri.

Unii teoreticieni asociază perversiunea narcisică și *seducția* (ele având și rădăcini etimologice comune), ceea ce implică o generalizare, în sensul că orice perversiune are o dimensiune narcisică. În cadrul relației copil-părinte, seducția narcisică din partea părintelui poate fi extrem de subtilă, utilizând mecanisme ce produc o anumită „aservire” a psihismului copilului către cel al adultului. J. Angelergues și F. Kamel se întreabă dacă perversiunea narcisică nu este cumva o organizare caracterială bazată pe „cronicizarea „triadei maniacale” despre care vorbește H. Segal și care presupune trimf, control, și dispreț, toate manifestate față de obiect.

În cadrul general al unei asemenea seducții perverse, se diferențiază mai multe tipuri de manevre la care subiectul pervers își supune obiectul :

-*manevre confuziogene*

– *descalificarea* senzațiilor, emoțiilor sau gândurilor obiectului, ba chiar a capacității imaginative și de simbolizare; de exemplu, tatăl îl întreabă pe băiețelul care se joacă „de-a tancul” cu un scaun: „Ce este asta, un tanc sau un scaun?” (Target, 2007);

- *pervertirea comunicării* – subiectul se preface că nu aude sau nu înțelege ceea ce i se spune, pentru a-i se repeta sau explica, creându-se impresia că mesajul în sine este confuz sau fără valoare;

-*omiterea calificării* (valorizării) atunci când aceasta este așteptată, de pildă în cazul copilului care are o reușită și care obține, în loc de laudă, comentarii de tipul „da, dar...”;

- *falsificarea* (minciuna), până la forma ei subtilă de pervertire a gândirii (Anzieu, 1975).

- *manevre de seducție narcisică falsificatoare*

-*supraestimarea* narcisică (flatăre, adulare prefăcută);

-*subestimare* narcisică prefăcută (dispreț);

-*seducție egalitară* (subiectul îi creează obiectului iluzia că sunt egali, că se plasează la același nivel).

După J. Chasseguet-Smirgel, matricea tuturor perversiunilor sexuale este **sadismul**. Cum acesta transpare și în cazul perversiunii narcisice, ne apare din nou nucleul comun al celor două categorii. De altfel, registrul narcisic și cel sexual se pot întrepătrunde oricând – așa cum a remarcat Winnicott, arătând că un pacient aflat într-un moment depresiv poate utiliza aspecte sexuale pentru a-și ascunde patologia narcisică.

Freud afirma, încă din primele sale scrieri, că în nevroză (isterie), subiectul își respinge nu atât sexualitatea sa, cât virtuala sa perversiune: nevroza ar fi „negativul” perversiunii. În viziunea M. Klein, perversiunea ar fi legată nu de vreo fragilitate a supraeului (supraeu care să împiedice transgresarea limitelor, a legii și a realității), ci de un supraeu care funcționează *diferit* față de cel nevrotic. Klein oferă exemplul criminalului care comite delikte tocmai datorită angoasei și sentimentelor de culpabilitate. Tot ea a semnalat, deși în mod vag, rolul *invidiei* în manevrele perverse de devalorizare a obiectului. Cât privește comparația cu psihoza, E. Glover susține că perversiunea se opune, în ultimă instanță, psihozei, una dintre funcțiunile sale fiind „umplerea” fisurilor cu privire la simțul realității.

5.6. Cura psihanalitică și perversiunea

Atâta vreme cât perversul obține o anumită satisfacție prin denegare, este de așteptat ca el să nu ceară ajutor psihanalitic. Însă, în cursul tratării unor pacienți funcționând preponderent în alte modalități, putem întâlni momente sau sectoare perverse. Nu este clar dacă acestea preexistă sau se organizează pe loc, în cursul mișcării transferențiale, ca modalități defensive particulare. Apariția lor în cadrul altor patologii atrage atenția asupra raportului posibil dintre perversiune, pe de o parte, și nevroză sau psihoză, pe de altă parte.

În ceea ce privește perversiunea narcisică, fenomenul de „contratransfer negativ” pe care se presupune că îl produce își are, probabil, cauza în faptul că această patologie se opune prin natura ei obiectivelor psihanalitice, evitând registrul depresiv, cel conflictual și cel obiectal. Caracterul temporar al unui asemenea mod de funcționare, în cursul unui proces analitic, ridică mari probleme contratransferențiale, datorită faptului că „atacurile narcisice” asupra analistului îl pot împiedica pe acesta să detecteze cauza lor, anume suferința inconștientă a pacientului.

J.-P. Caillot oferă exemplul pacientului care manipulează situația în așa fel încât să pară că analistul îl subestimează, ceea ce i-ar justifica pacientului *ura* din transfer; sau exemplul pacientului care, atât în analiză cât și în trecutul său, evita să pronunțe cuvintele „mamă” sau „tată” (adică existența unor înaintași) etc. Autorul remarcă faptul că, în toate cazurile, dezvăluirea manevrelor perverse determină apariția unor fantasme sau vise cu conținutul corespunzător, fantasme sau vise care sunt analizabile (abordabile prin interpretare).

De pildă, ne relatează el, într-o bună zi, un analizand de-al său îl „anunță” zâmbitor că nu mai trebuie să-i plătescă ședințele pe luna respectivă, deoarece era în „avans” cu o lună; după ce analistul i-a clarificat că, de fapt, lucrurile stăteau invers (era în urmă cu o lună), pacientul a visat că el era psihanalistul, iar celălalt venea la ședință, ceea ce simboliza inversarea ordinii generaționale.

Este demn de remarcat că, din punctul de vedere al funcționării psihice a terapeutului, oricare ar fi patologia pe care o tratează, prezența mecanismelor perverse la analist implică o incompatibilitate profesională. Aceasta, cu atât mai mult cu cât, așa cum arată F. Pasche, psihanalistul are nevoie, pentru a putea investi realitatea psihică a pacientului său de-a lungul procesului analitic, de o anumită „mobilitate anti-narcisică”, care îl face capabil să se decentreze de sine și să se orienteze spre lumea subiectului.

Referințe bibliografice

J. Angelergues, F. Kamel (2003), „Argument”, în *Revue Française de Psychanalyse*, 3/2003, Paris, PUF.

P. Aulagnier (1975), *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF.

P. Aulagnier (1979), *Les destins du plaisir*, Paris, PUF.

J.-P. Caillot (2003), „Envie, sacrifice et manoeuvres perverses narcissiques”, în *RFP* 3/2003.

J. Chasseguet-Smirgel (1977), „Réflexions sur les rapports entre la perversion et le sadisme”, Congresul IPA, Ierusalim, 1977.

S. Freud, „O amintire din copilărie a lui Leonardo da Vinci”, în *Opere 1*. Ed. Trei, București, 1999.

M. Klein (1927), „Les tendances criminelles chez les enfants normaux”, în *Essais de psychanalyse*, Payot.

A. de Mijolla, S. de Mijolla-Mellor (ed.), *Psychanalyse*, Paris, PUF, 1996.

P.-C. Racamier (1993), *Cortège conceptuel*, Paris, Ed. Apsygée.